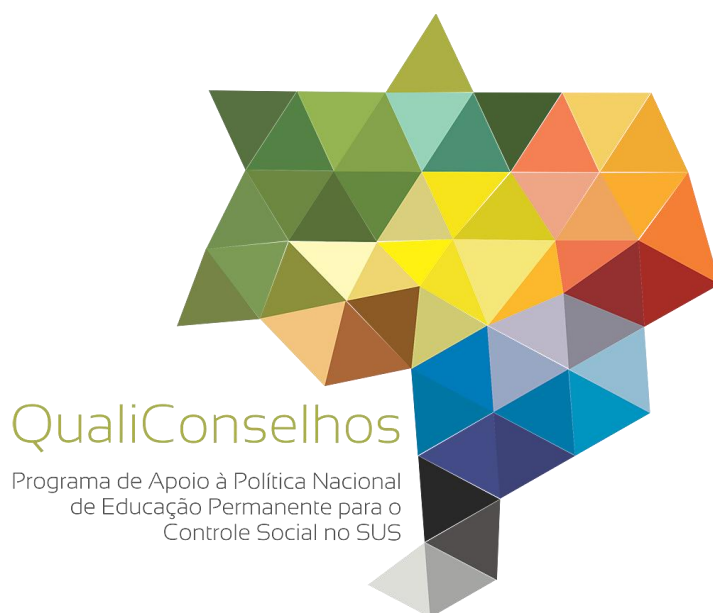


Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS



Caderno do Curso

Rio de Janeiro – RJ
2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro

Alexandre Padilha

Secretário de Gestão Estratégica e Participativa

Luiz Odorico de Andrade

Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa

Júlia Roland

Coordenadora Geral do Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa

Kátia Maria Barreto Souto

Assessora Técnica

Zenite da Graça Bogea Freitas

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ

Presidente

Paulo Ernani Gadelha

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP/FIOCRUZ

Diretor

Antônio Ivo de Carvalho

Vice-Diretor de Cooperação e Escola de Governo

Marcelo Rasga Moreira

CANAL SAÚDE

Diretor Superintendente

Arlindo Fábio Gómez de Souza

Superintendente

Márcia Correa e Castro

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Presidente

Alexandre Padilha

Comissão de Educação Permanente

José Eri Medeiros

Lucimar Baptista

Comissão de Recursos Humanos

Ruth Ribeiro Bittencourt

Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde

Maria Thereza Vilardi de Mendonça

REDE DE ESCOLAS E CENTROS FORMADORES EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora da Secretaria Técnica

Tânia Celeste Matos Nunes

CURSO NACIONAL DE QUALIFICAÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE

Equipe de Coordenação

Assis Mafort Ouverney (Coordenador)

Luiz Fernando Mazzei Sucena

Pablo Dias Fortes

Francisco Salazar

PRODUTORA DA MINISSÉRIE “SAÚDE EM CENA”

COOPAS Multimagens

Sumário

| | |
|--|----|
| Prefácio | 4 |
| Apresentação | 7 |
| 1) O Curso Nacional de Ativação para a Prática do Controle Social no SUS/2013 | |
| 1.1) A Utopia Educacional da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e o Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS..... | 9 |
| 1.2) Contexto do Curso | 14 |
| 1.3) Objetivos do Curso..... | 17 |
| 1.4) Elementos Didático-Pedagógicos do Curso..... | 17 |
| 1.5) Padrão Geral de Funcionamento do Curso..... | 20 |
| 2) Unidades de Aprendizagem | |
| UAI) Democracia, Participação Social e Representação no âmbito dos Conselhos de Saúde..... | 23 |
| UAII) Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde..... | 32 |
| UAIII) Intersetorialidade, Determinantes Sociais e Descentralização..... | 40 |
| UAIV) Trabalho em Rede no âmbito do Controle Social..... | 47 |

Prefácio

Criada em 1954, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) foi a primeira escola federal destinada a formar recursos humanos para trabalhar em saúde pública. Nos anos seguintes, a ENSP produziu pesquisas e atuações políticas que credenciaram seus profissionais a protagonizarem, junto com profissionais e lideranças de outras instituições, o Movimento pela Reforma Sanitária, que teve como principal conquista, a implantação do SUS.

A inovação mais ousada do SUS foi, sem dúvidas, a inclusão da participação como diretriz do sistema, que deve ser efetivada por meio de Conselhos e Conferências. A Lei 8142/90 garantiu aos Conselhos a atribuição de participar do processo de formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Para tanto, devem promover, em reuniões ordinárias e periódicas, o debate sobre a política de saúde, num processo de caráter deliberativo do qual participam os setores cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde: usuários do SUS, trabalhadores da saúde, prestadores de serviços e gestores.

Foi para atender e consolidar essa inflexão sociopolítica na saúde pública que, ao longo da década de 1990, a ENSP pautou parte importante de suas atividades de ensino e pesquisa. Ampliando sua base técnica de inteligência, a instituição investiu na expansão da pós-graduação ao mesmo tempo em que se consolidou como uma referência nacional para a formação nos diferentes níveis de gestão do SUS, desenvolvendo as competências necessárias que o novo padrão de governança em saúde exigia.

Neste contexto, a pesquisa e a formação voltada para Conselhos e Conselheiros(as) tornaram-se prioridades na Escola, num esforço que buscou colocar em prática a proposta de Sérgio Arouca na 8ª. Conferência Nacional de Saúde, que nos conclamava a aprender a ouvir o que a população tem a dizer sobre a saúde e a mobilizar e apoiar esta mesma população para participar da política de saúde.

Tal conclave ganhou destaque institucional: o investimento em educação a distância, a partir de 1998; a realização – em colaboração com a UNB, UFMG e UNICAMP – do primeiro Curso de Capacitação de Conselheiros(as) Estaduais e Municipais de Saúde que, entre 2001 e 2004, capacitou mais de 30.000 Conselheiros(as)

estaduais e municipais de todas as Unidades Federadas; os estudos desenvolvidos por uma gama de pesquisadores que apoiaram a compreensão dos desafios que os Conselhos enfrentam, concretizando-os em inúmeros artigos científicos e relatórios técnicos; além de uma série de cooperações, locais e nacionais, efetivadas para apoiar a participação social, o desenvolvimento das conferências e a criação de Conselhos.

Mantendo o destaque e apoiando-se no lema “Inovação e Qualidade para a Saúde”, a ENSP tem buscado aperfeiçoar sua relação com os Conselhos de Saúde e o Controle Social. Dentre outras estratégias, a Escola adotou uma diretriz na qual sua “Política de Formação para o Estado” deve dedicar atenção especial para a formação e qualificação de Conselhos e Conselheiros(as).

Conhecedora desta priorização, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) propôs, em 2011, o desafio de um novo e ousado processo de qualificação nacional, visando capacitar cerca de 1.000 Conselhos e 8.000 Conselheiros(as) municipais de saúde em todo o País (com previsão de se atingir, em 2014, 3.000 Conselhos e 24.000 Conselheiros(as)).

Em 2012, atendendo a demandas do Conselho Nacional de Saúde e do Fórum Nacional de Educação Permanente para o Controle Social, esta proposta foi transformada de curso em programa de apoio à Educação Permanente, uma estratégia que amplia o público-alvo, confere protagonismo aos Conselhos de Saúde, valoriza as escolas estaduais de saúde e os Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva e, sobretudo, agrega novas qualidades pedagógicas e educacionais à proposta formativa. Este Programa foi denominado **“QualiConselhos - Programa de Apoio à Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS”**.

Para levar à frente tal desafio, a ENSP foi buscar a cooperação de outra unidade da FIOCRUZ cujo papel é de fundamental importância para o apoio e desenvolvimento da participação social: o Canal Saúde.

Fundado em 1994, o Canal Saúde foi idealizado dois anos antes, durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, a partir de uma demanda para articular comunicação, informação e educação. Com uma programação voltada para a sociedade, Conselheiras e Conselheiros sempre formaram um público prioritário para o Canal, compreendendo-se sua formação como essencial para fortalecer a atuação do Controle Social das políticas de saúde.

Como um reforço ao compromisso que mantém com os Conselhos, desde 2008 o Canal Saúde participa do Programa de Inclusão Digital (PID) do Ministério da Saúde.

Com o PID, os Conselhos de todo o País estão sendo equipados com kits de recepção do Canal para aproximar ainda mais sua programação da demanda de informações de Conselheiras e Conselheiros.

Os kits são uma contrapartida da Oi para a Agência Nacional de Telecomunicações (Anatel), e o Canal Saúde está presente na Oi TV apenas para os Conselhos, através do canal 910. Essa é uma das formas de Conselheiros(as) sintonizarem o Canal Saúde, o que também pode ser feito através de antena parabólica (frequência 3690Mhz) ou pela internet, através do endereço www.canal.fiocruz.br. Sua programação está no ar diariamente, das 9h às 19h, produzida pela Cooperativa de Produção de Audiovisuais de Saúde (Coopas), parceira permanente do Canal.

Por acreditar no poder formador e transformador da comunicação, o Canal Saúde é parceiro da ENSP no QualiConselhos. Esperamos que a atuação qualificada de Conselheiros(as) mobilize a participação social na melhoria e efetivação das políticas de saúde. E que esse programa seja mais uma maneira de aproximação entre Conselhos e Canal Saúde!

Nossa crença é a de que esta parceria entre ENSP e Canal Saúde, sobretudo porque efetivada por meio das instituições que formam a ‘Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva’, será capaz de atingir e extrapolar o desafio feito pela SGE/MS!

Para reforçar este intento, o QualiConselhos é o primeiro programa de cooperação concebido no âmbito da ‘Política de Acesso Aberto à Informação’ da ENSP, que, compartilhada pelo Canal Saúde (cujo acesso livre à informação em saúde está no próprio âmago da missão institucional), tornará possível levar o processo formativo para todos os Conselhos (municipais, estaduais e nacional) do País, para todas as entidades que deles participam, enfim, para toda a sociedade brasileira!

Complexo e desafiador, este é um passo fundamental para todos os envolvidos e, em especial, para a ENSP e o Canal Saúde, que têm a responsabilidade de reafirmar o compromisso incondicional da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) com o apoio e o desenvolvimento da participação social no processo decisório das políticas de saúde, intensificando o esforço pela democratização do Estado e das políticas públicas que, desde sua criação, a FIOCRUZ vem praticando.

Antônio Ivo de Carvalho

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ)

Arlindo Fábio Gómez de Souza

Apresentação

A Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca dedica parte importante de suas reflexões e práticas ao desenvolvimento de atividades pedagógicas voltadas para a formação dos profissionais e dos atores políticos que atuam no âmbito do SUS. Nos últimos quatro anos, por exemplo, mais de meia centena de cursos com tal público-alvo foi realizada pela ENSP, produzindo um contingente que supera os 60.000 alunos.

Esta atuação é coordenada pela Vice-Direção de Cooperação e Escola de Governo (VDCEG/ENSP), responsável pela formulação, acompanhamento e aperfeiçoamento da “*Política de Formação para o Estado*”, cujo objetivo é orientar a atuação dos cursos e programas de formação desenvolvidos pela ENSP. Para que estes tenham impactos efetivos no SUS, esta “Política...” orienta-os a adotar, como pilares político-pedagógicos, o diagnóstico e a superação das necessidades formativas das instituições de Estado que formulam, implementam, executam, avaliam, controlam e fiscalizam as políticas públicas responsáveis por promover e garantir um SUS resolutivo e de qualidade, o direito à vida e à saúde e o bem-estar da população.

Esta “Política...” é alicerçada em diretrizes que, ao longo do período 2009-2012, foram discutidas e pactuadas com as instâncias diretivas, professores e pesquisadores da ENSP: o caráter nacional da atuação da Escola; a Educação Permanente, crítica e dialógica; a inovação pedagógica; a formação em larga escala; o trabalho em rede; a transferência e o intercâmbio de conhecimentos; e a cooperação para o desenvolvimento das instituições de Estado.

Embora a conjugação de tais pilares seja singular, sua relevância e observância são verificadas, de diferentes maneiras e medidas, nas principais instituições voltadas para a formação dos profissionais que atuam no Estado.

Contudo, ao agregar a este arranjo político-pedagógico a compreensão-prática de que o setor público não-estatal, em especial os Conselhos gestores de políticas públicas, são atores fundamentais do processo decisório, a ENSP/FIOCRUZ orienta fortemente sua ‘Política de Formação para o Estado’ para a qualificação de tais Conselhos, o que a distingue no cenário nacional e internacional das assim denominadas ‘Escolas de Governo’.

Este é o caso específico do ‘*Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS/2013*’, que faz parte do

‘QualiConselhos – Programa de Apoio à Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS’, para o qual temos o prazer de convocar e mobilizar os Conselhos de Saúde de todo o Brasil!

De maneira inédita, este curso investe na articulação de (i) atividades pedagógicas que representem efetivamente o cotidiano dos Conselhos, fomentando a realização de um valioso rol de boas-práticas que visam transformar para melhor a atividade prática dos(as) Conselheiros(as); (ii) material didático que conjuga tradição e inovação pedagógica, contando com material escrito, recursos da tecnologia da informação e comunicação que apoiam a interação dos alunos(as)-conselheiros(as), e material audiovisual, representado por uma minissérie televisiva produzida e veiculada (inclusive em sua grade de programação) pelo Canal Saúde/FIOCRUZ; (iii) potencial do curso em transformar alunos em multiplicadores do saber; e, sobretudo, na (iv) interação, via Ambiente Virtual de Aprendizagem, dos(as) Conselheiros(as) de Saúde, que poderão conhecer melhor o cotidiano de outros Conselhos, trocar experiências e superar dúvidas e problemas!

Ativar Conselhos e Conselheiros(as)! Este é o mote! Partir de um processo educacional para estimular e transformar a prática de Conselhos e Conselheiros(as); avançar pela promoção do diálogo, da troca e do convívio entre Conselheiros(as) de diferentes lugares; e, finalmente, investir nesta interação buscando ultrapassar os limites do processo educacional para torná-la uma prática do dia-a-dia de todos os Conselhos do Brasil, que serão muito mais fortes e terão melhores condições de desenvolver o Controle Social no SUS à medida que trabalhem juntos e articulados!

Com esse entusiasmo, o apoio e o financiamento da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), a contribuição essencial do Conselho Nacional de Saúde, do Fórum Nacional e dos Fóruns Estaduais de Educação Permanente para o Controle Social no SUS e a participação decisiva da ‘Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva’, o Curso quer contribuir para a Política de Educação Permanente praticada no âmbito do SUS, apresentando inovações que viabilizarão a multiplicação do conhecimento para o conjunto de Conselhos de Saúde, para as entidades e instituições que deles participam e para todo aquele que deseje se incorporar à luta pela participação social.

Vocês, queridos alunos e alunas, têm um papel fundamental nisto! Aproveitem ao máximo as oportunidades do Curso, mas atuem também como multiplicadores! Convidem, mobilizem e conclamem colegas, amigos, companheiros e cidadãos a

assistirem à minissérie que faz parte do Curso, a lerem o material didático escrito que foi produzido (ambos serão tornados públicos e gratuitos!) e a discutirem com vocês, em suas comunidades, nos Conselhos de Saúde, tudo o que viram e leram!

Imaginem – e realizem! – quantos milhões de pessoas terão a oportunidade de se juntar a vocês, de se tornarem protagonistas da participação social! Imaginem o que uma população que compreende e pratica o direito à saúde em seu cotidiano pode fazer pelo desenvolvimento do SUS! Venham conosco e transformem isto em realidade!

Marcelo Rasga Moreira

Vice-Diretor de Cooperação e Escola de Governo da ENSP (VDCEG/ENSP)

Pablo Dias Fortes

Coordenador de Ensino da VDCEG/ENSP

1) O Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS

“O mundo é um projeto que os homens poderiam fazer. A essência da natureza humana é que ela é utópica!”
Darcy Ribeiro

1.1) A Utopia Educacional da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e o Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS

A utopia educacional da ENSP - ora encarnada pela Vice-Direção de Cooperação e Escola de Governo (VDCEG) por meio de sua “*Política de Formação para o Estado*” - é fruto, sobretudo, de uma compreensão não-dogmática do fazer pedagógico, que assume compromissos com uma pedagogia realmente viva, heterodoxa e criativa, livre dos habituais formalismos que constroem o seu próprio horizonte de possibilidades!

Compartilhamos com Paulo Freire o princípio segundo o qual *são os homens que se educam uns aos outros*. Nesse sentido, apostamos que o principal foco da ação pedagógica seja a provocação mediada desses encontros, tornando-os tanto mais educativos à medida que gerem, de si mesmos, as práticas que movem e transformam o mundo.

Mas, para a mudança e transformação do mundo, é preciso que pensemos, em primeiro lugar, no próprio homem em seu papel de sujeito histórico, autor e esteta de si mesmo. Sob este aspecto, partimos também de uma lição básica de antropologia filosófica, em torno da qual cultivamos a principal esperança de nossa utopia educacional.

Entendemos que são três as faculdades mais elementares do gênero humano: a razão, a emoção e a imaginação. Sendo assim, o processo mais amplo a que chamamos “educação” poderia ser resumido, a rigor, como a elaboração mais ou menos integrada de tais faculdades, cabendo ao saber pedagógico a função de organizar, no tempo e no espaço, o sentido político dessa mesma elaboração.

No caso específico da VDCEG/ENSP, cuja missão envolve a formação profissional para o SUS e para o poder público, tal entendimento mostra-se de suma importância. Em primeiro lugar, porque trata de colocar no centro de sua utopia educacional o desafio de construção do próprio Estado Brasileiro, em seu particular

devir democrático e republicano. Em segundo lugar, porque talvez nunca, para tanto, tenha sido tão urgente a expressão humana de uma razão cada vez mais sensível, apaixonada e criativa!

Mais do que um debate sobre “competências”, o desafio da formação para o SUS, assim como para qualquer política de Estado, requer uma compreensão ainda mais axial do ato educativo. Em outras palavras, requer uma pedagogia que vá direto ao “x” da questão, na raiz de onde florescem as potências humanas. A esse respeito, nunca é demais lembrar que o mundo contemporâneo caracteriza-se, em boa medida, pela consciência da irreduzível complexidade e interconexão dos problemas sociais. Nesse contexto, que pode haver de mais crucial senão a própria tarefa da imaginação coletiva?

Eis porque, aqui também, seja tão importante tratarmos do conceito de “cooperação” e do seu estratégico papel político-pedagógico em nossa utopia educacional.

Num primeiro momento, vislumbramos o conceito de cooperação em nossa utopia educacional numa relação direta com a consciência da complexidade e da interconexão dos problemas sociais. No âmbito da institucionalidade pública, isto se reflete cada vez mais na necessidade de se compartilhar decisões, informações e recursos; de saber dividir, em suma, para melhor ainda multiplicar responsabilidades.

Por conseguinte e pensando na realidade da saúde pública brasileira, são ainda mais salientes os desafios em jogo. A começar pela noção ampliada de “saúde”, cujo significado envolve mais do que a universalização da assistência médica, abarcando a herança histórica do ideal constitucional do SUS, de sua luta em nome da plena cidadania, da justiça social e dos direitos fundamentais do homem. Daí se compreender o conceito de cooperação também como um esforço permanente à manutenção política de tal sonho, em especial no resgate do papel do Estado no protagonismo desse processo.

Pois é nesse exato sentido que, da perspectiva da VDCEG/ENSP, consideramos ser a prática da cooperação o núcleo vivo da ação pedagógica. Trata-se de nos voltar, portanto, à qualificação mais direta das próprias instituições e órgãos públicos(as), articulando-os(as) estrategicamente à promoção da vida e do bem-estar social. Afinal de contas, é aí mesmo que devemos encontrar, preferencialmente (mas de modo algum exclusivo!), os tais *homens que se educam uns aos outros*, elaborando juntos sua razão e criatividade, sensibilizados por temas e questões comuns. É especialmente desses singulares encontros que trata a nossa utopia educacional, *da formação, enfim, do*

próprio espírito público, onde aprender signifique, antes de mais nada, a comunhão política dos homens!

Por alimentar tamanha esperança, a VDCEG/ENSP tem apostado fortemente na experimentação de novos modelos e arranjos pedagógicos. São práticas que buscam combinar diferentes formatos para o processo educacional, visando superar, assim, os tradicionais padrões que estruturam a relação ensino-aprendizagem.

Se considerarmos as categorias “um”, “poucos” e “muitos” como unidades de organização fundamentais de toda e qualquer relação educativa, podemos considerar que são 8 (oito) as formas mais frequentes/tradicionais de estruturação pedagógica:

1) relação *entre um e um*

(ex: orientações de pesquisa, diálogos interpessoais etc.);

2) relação *entre um e poucos*

(ex: tutorias presenciais ou a distância, supervisão de estágio curricular etc.);

3) relação *entre poucos e um*

(ex: avaliação de um indivíduo por sua equipe de trabalho, conversas entre pais e filhos etc.)

4) relação *entre poucos e poucos*

(ex: grupos de estudo/trabalho, seminários etc.);

5) relação *entre poucos e muitos*

(ex. programas televisivos/radiofônicos, mesas redondas etc.);

6) relação *entre muitos e poucos*

(ex: avaliação de um corpo docente pelo próprio corpo discente etc.)

7) relação *entre um e muitos*

(ex: aulas tradicionais, conferências etc.); e finalmente:

8) relação *entre muitos e um*

(ex: avaliação do trabalho de um professor específico, de um conferencista etc.)

Tais estruturações pedagógicas produziram atividades e cursos de extrema importância e ainda são (e talvez sempre sejam) importantes para a práxis educacional. Contudo, têm seguidamente perdido espaço, conexão, capacidade explicativa e efetividade na sociedade do século XXI, que, desbravadora e construtora de novas realidades, avança a fronteira da cultura digital!

A utopia educacional da VDCEG/ENSP dialoga, crítica e reflexivamente, com esta nova ‘sociedade do saber’! Por isto, também parte para desbravar as novas fronteiras educativas, transcendendo as clássicas estruturas pedagógicas para, desafiadoramente, construir outras baseadas na relação *entre muitos e muitos!*

Para isto, apoia-se no emprego inteligente e criativo das chamadas “novas tecnologias da informação e da comunicação (TICs)”. Em termos práticos, isto significa investir cada vez mais em modelos híbridos, capazes de conjugar inovação e tradição a serviço de experiências singulares de produção coletiva.

Convém lembrar, a propósito, que a ENSP conta com uma experiência exitosa de quase quinze anos de educação a distância, colocando em prática cursos que se vinculam diretamente ao cotidiano, às práticas e às dinâmicas da política de saúde.

O sucesso desses cursos aguça nossa utopia educacional, levando-nos a entender que há espaço para novos e audaciosos incrementos, borrando de uma vez por todas qualquer limite que, eventualmente, ainda possa impedir uma visão integrada do ato educativo. Num tempo em que o próprio conhecimento vem sendo produzido a partir de suportes multimidiáticos de colaboração *on-line*, tal perspectiva mostra-se fundamental, permitindo-nos ampliar escala, qualificar o trabalho em rede, além de sincronizar-nos definitivamente com os hábitos das novas e futuras gerações.

Dentro de todo esse contexto, o **Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS** já nasce como exemplo vivo de que nossa utopia é possível! Combinando ensino e tecnologia, incorporando a teledramaturgia ao campo da Educação Permanente, e apostando na interação de Conselhos e Conselheiros(as) como a chave para a ativação e desenvolvimento do Controle Social, o Curso ousa defender e construir o cotidiano dos Conselhos como ‘espaço-tempo humano’ de produção e multiplicação do saber!

A partir daqui, mergulhamos mais fundo nesta utopia! As próximas páginas caminham pelas regras, características e especificidades do curso, convergindo para o material didático elaborado por especialistas do Departamento de Ciências Sociais da ENSP, que, com o apoio da SGEP/MS, do Conselho Nacional de Saúde, do Fórum Nacional e dos Fóruns Estaduais de Educação Permanente para o Controle Social, do Canal Saúde/FIOCRUZ e da Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva, dedicaram-se a produzir reflexões e atividades capazes de fomentar transformações positivas no fazer diário dos Conselheiros(as) e dos Conselhos de Saúde.

1.2) Contexto do Curso

Desde sua criação, em 2003, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP) têm desenvolvido um excelente processo de cooperação que, reforçando os laços técnicos e profissionais entre duas importantes instâncias do Ministério da Saúde, produz pesquisas, cursos e parcerias voltadas para o avanço da participação social no SUS.

Nesta cooperação, merece destaque a pesquisa “Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil”, que, entre 2004 e 2007, estudou os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, produzindo um rol de resultados que variam desde uma ampla caracterização destes Conselhos até a elaboração e validação de indicadores que podem ajudar seu acompanhamento.

Quadro 1 - A Pesquisa Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil

A Pesquisa “Perfil dos Conselhos de Saúde do Brasil” foi realizada pela ENSP/FIOCRUZ e coordenada pelos professores Marcelo Rasga Moreira (DCS/ENSP/FIOCRUZ) e Sarah Escorel (NUPES-DAPS/ENSP/FIOCRUZ), levantando informações sobre 98% dos CMS do País. Seus principais produtos, achados e reflexões estão disponíveis em www.ensp.fiocruz.br/participanetsus.

Esta pesquisa produziu também o número 43 da “Revista Divulgação em Saúde para Debate” (http://www.cebes.org.br/media/file/Divulga%C3%A7%C3%A3o%20em%20Sa%C3%BAde%20para%20Debate_n43.pdf), do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), artigos científicos (que podem ser acessados pelo www.scielo.br) capítulos de livro e uma Tese de Doutorado (que pode ser acessada em <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1947>).

Esta pesquisa (que revelou que, no Brasil, havia mais de 72.000 Conselheiros(as) municipais de saúde, sendo que 36.000 representando os usuários do SUS!) teve como uma de suas principais preocupações, diagnosticar, junto aos Conselheiros(as) municipais de saúde, suas necessidades formativas, identificando os principais temas que deveriam ser abordados por futuros processos de capacitação e qualificação.

Respondida por 5.463 CMS do País, a pesquisa apontou como principais temas para futuras capacitações: o papel e a função dos(as) Conselheiros(as), em especial no que diz respeito à sua participação e à relação com o segmento que representam; questões ligadas à gestão municipal, sobretudo ao Plano Municipal de Saúde, ao financiamento e ao orçamento do SUS; e a articulação dos CMS com instituições/atores políticos que fortaleçam o Controle Social no SUS.

Foram estes resultados que levaram a SGEP/MS, em 2010, a propor à ENSP a realização de um curso de capacitação de Conselheiros(as) que levasse em conta as necessidades formativas diagnosticadas. Ainda neste ano, a ENSP formulou uma primeira proposta de curso.

Em 2011, com as posses da Presidenta Dilma, do novo Ministro da Saúde e de seu novo Secretariado, a SGEP/MS renovou seu interesse pela proposta. Com a intenção de adequá-la às orientações do novo governo, a Secretaria propôs à ENSP – que prontamente, aceitou! - a ampliação do escopo do curso, depositando ousadas esperanças na qualificação dos Conselhos de Saúde do Brasil.

Em 2012, no âmbito da VDCEG/ENSP, foi instituída uma Equipe de Trabalho incumbida de atender à demanda da SGEP/MS. Com dedicação, esta Equipe articulou-se com o Conselho Nacional de Saúde, a Rede de Escolas e Centros Formadores em Saúde Pública/Coletiva, o Canal Saúde/FIOCRUZ e com o Departamento de Ciências Sociais da ENSP, constituindo o Comitê Gestor Nacional do QualiConselhos.

Este Comitê produziu, em pouco mais de seis meses, uma inédita proposta formativa cujo projeto político-pedagógico conjugava educação a distância e presencial - por meio do uso criativo de materiais pedagógicos escrito e audiovisual – a uma governança descentralizada. Esta proposta foi denominada ‘QualiConselhos – Curso Nacional de Qualificação de Conselhos de Saúde’, que adotou como objetivo a qualificação de 1.000 CMS por meio da capacitação de 8.000 Conselheiros(as).

Para tanto, foram construídos o ‘Caderno do Curso’, que contem as ‘Unidades de Aprendizagem’ elaboradas pelos Pesquisadores do DCS/ENSP, e a minissérie ‘Saúde em Cena’, produzida pelo Canal Saúde/FIOCRUZ com o intuito de colocar a dramaturgia e a televisão a serviço da pedagogia e do Controle Social. Além disso, foram formuladas uma proposta de governança local e nacional; estratégias de formação de coordenadores estaduais, coordenadores pedagógicos e facilitadores; bem como as atividades de prática que, inspiradas na Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, funcionariam como disparadoras de um processo de ativação política e transformação da atuação dos(as) Conselheiros(as).

A proposta do ‘QualiConselhos’ foi amplamente discutida pelas instâncias de Controle Social. Em setembro de 2012, o plenário do Conselho Nacional de Saúde apontou uma série de aperfeiçoamentos e instituiu o “Fórum Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS”. Em outubro de 2012, este Fórum realizou sua primeira reunião, tendo como foco o “QualiConselhos”.

A Coordenação do Curso, atendendo às demandas do CNS, apresentou uma nova versão da proposta do “QualiConselhos”, incorporando falas dos(as) Conselheiros(as) nacionais e apontando novos caminhos mais inclusivos. Nesta reunião, novos debates foram suscitados em torno do Curso e da nova proposta, despontando uma nova série de demandas.

Além disso, foi criado um Grupo de Trabalho (GT) com representação do CNS, dos Conselhos Estaduais de Saúde, da SGEP/MS e da ENSP/FIOCRUZ para discutir e refinar o QualiConselhos. Este GT reuniu-se pela primeira vez em Dezembro/2012, apontando uma nova linha de aperfeiçoamentos.

Complexo e instigante, embora demorado, este processo de leituras e releituras, debates e demandas, avanços e recuos, deixou claro para a VDCEG/ENSP que era preciso ir além da proposta de um Curso, por mais amplo e abrangente que este possa ser! Afinal, as demandas advindas do Controle Social foram fortemente orientadas para a intensificação da participação dos Conselhos de Saúde em todas as etapas e facetas do processo de formulação das atividades pedagógicas, apontando, de maneira coerente, que, no âmbito dos Estados, a capacitação e qualificação para o Controle Social deve ser discutida, construída e executada a partir e no âmbito do “Fórum Estadual de Educação Permanente para o Controle Social”. Tais demandas reconhecem o papel da academia e sua importância, mas cobram desta uma atuação que permita uma real e efetiva participação dos Conselhos nos processos de formação dos(as) Conselheiros(as).

A fim de atender a essas demandas, algo que não é simples, pois interfere e modifica vários postulados e práticas tradicionais da academia - alguns dos quais não é possível abrir mão e/ou atenuar -, a VDCEG/ENSP compreendeu que, enquanto sua proposta formativa permanecesse em torno de um curso, este, por melhor e mais aperfeiçoado que fosse, não reuniria as condições necessárias para promover a real e efetiva articulação entre o Controle Social e Academia solicitada pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Fórum Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS.

Para que isto ocorresse, a proposta deveria não apenas ser aperfeiçoada, mas transformada! E transformada em um processo que aproveitasse e mantivesse os consensos já conseguidos e que, ao mesmo tempo, superasse as divergências criando novos caminhos! Isto significa que a VDCEG/ENSP precisava transformar o curso em um **PROGRAMA!**

Nasceu, assim, o “*QualiConselhos – Programa de Apoio à Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS*”, que produz e oferta às instâncias do Controle Social um rol de cursos, estratégias pedagógicas, materiais didáticos, recursos técnicos e humanos qualificados, reflexões e práticas educacionais que foram concebidos para serem utilizados por Conselhos e Fóruns das formas e maneiras que melhor lhes aprouver!

Depositando ousadas esperanças na ativação política dos(as) Conselheiros(as) como estratégia fundamental para a qualificação dos Conselhos de Saúde do Brasil, o primeiro curso a ser desenvolvido no âmbito do Programa acima referido é o “**Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS**”.

São essas esperanças e ousadias que começamos a viver a partir de agora! Para que você as conheça de maneira íntima, afinal será partícipe delas, apresentamos a seguir os objetivos e aspectos norteadores do “**Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS**”, destacando, desde já, sua imprescindível interface com o Conselho Nacional de Saúde (que participou das diferentes etapas do curso, contribuindo sobremaneira para a elaboração de todo o material didático e da dinâmica do curso) e com a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS.

1.3) Objetivos do Curso

- Objetivo Geral (OG)

Ativar os Conselhos de Saúde do Brasil buscando o aperfeiçoamento e o desenvolvimento da prática do Controle Social no SUS.

Este objetivo - que também contribui com o desenvolvimento da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS - será atingido mediante a mobilização e a interação dos(as) Conselheiros(as) de Saúde, que serão promovidas por meio da dinâmica pedagógica do curso.

Para tanto, será necessária a consecução dos seguintes objetivos específicos:

- Objetivos Específicos

OE1) Atualizar o conhecimento dos(as) Conselheiros(as) de Saúde nos temas da participação social e democracia, gestão e financiamento, intersetorialidade e

- Trabalho em Rede (temas estes que são abordados nas Unidades de Aprendizagem do Curso);
- OE2) Avaliar o nível de compreensão dos(as) Conselheiros(as) de Saúde sobre determinados fundamentos conceituais relativos aos temas abordados pelas Unidades de Aprendizagem do Curso;
- OE3) Promover a interação do Fórum Nacional, dos Fóruns Estaduais de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, das Escolas e Centros Formadores de Saúde Pública/Coletiva e dos Conselhos de Saúde em torno do conteúdo das Unidades de Aprendizagem do Curso;
- OE4) Produzir diagnósticos estaduais sobre a prática dos(as) Conselheiros(as) de Saúde no que se refere aos conteúdos das Unidades de Aprendizagem do Curso e ao Plano Municipal de Saúde; e
- OE5) Disponibilizar os diagnósticos produzidos em OE4 para o Fórum Nacional e os Fóruns Estaduais de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, viabilizando que estes protagonizem a construção de novos cursos e atividades pedagógicas voltadas para o desenvolvimento da prática do Controle Social no SUS.

1.4) Elementos Didático-Pedagógicos do Curso

O *Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS* trabalha com dois tipos de elementos didático-pedagógicos: (i) ‘material didático’, composto pelo Caderno do Curso (material didático escrito) e pela minissérie televisiva “Saúde em Cena” (material didático audiovisual); e (ii) ‘Ambiente Virtual de Aprendizagem’, por meio do qual os alunos interagem com seus colegas e com os Coordenadores(as) Estaduais do curso, além de terem acesso a uma série de informações e recursos formativos.

O “Caderno do Curso” está organizado em duas partes.

A primeira – que é esta que você está lendo agora! - apresenta as características institucionais do projeto, incluindo aí a concepção político-pedagógica que o norteia, os desafios que se propõe a enfrentar e os aspectos mais gerais de seu funcionamento. Foi elaborada para lhe ajudar a compreender tanto as dimensões mais reflexivas envolvidas no processo de Educação Permanente quanto as regras de funcionamento do Curso.

A segunda é composta pelas 4 (quatro) Unidades de Aprendizagem que abrangem os temas do Curso: *‘Democracia, Participação Social e Representação no Âmbito dos Conselhos de Saúde’*, *‘Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)’*; *‘Intersetorialidade, Determinantes Sociais da Saúde e Descentralização’*; e *‘Trabalho em Rede no Âmbito do Controle Social no SUS’*.

Cada ‘Unidade de Aprendizagem’ contem, além dos seus respectivos objetivos, um texto elaborado especificamente para contextualizar o tema da Unidade e a indicação de um texto de referência.

O segmento audiovisual do material didático consiste numa minissérie televisiva organizada em 12 episódios (cada um entre 10 a 12 minutos), produzida e organizada pelo Canal Saúde/FIOCRUZ exclusivamente para o QualiConselhos. A minissérie, chamada de “Saúde em Cena”, busca retratar o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde, tematizando questões tratadas por todas as Unidades de Aprendizagem do Curso, mas também as extrapolando. Essa orientação seguiu a diretriz de estimular igualmente os(as) Conselheiros(as) a organizarem, junto a seus pares, outros debates e discussões sobre Saúde Pública.

CURIOSIDADE: além de ser exibida pelo próprio Canal Saúde/FIOCRUZ em sua grade normal de programação, a minissérie também estará disponível, para toda a sociedade, no sítio eletrônico do Canal!

Os materiais escrito e audiovisual foram concebidos de maneira articulada a fim de permitir o diálogo teoria-prática! Nas ‘Unidades de Aprendizagem’ (material escrito), você encontra um texto que apresenta os principais fundamentos e conceitos dos temas abordados por cada Unidade. Na Minissérie ‘Saúde em Cena’ (segmento audiovisual), estes fundamentos e conceitos são apresentados e discutidos por meio da teledramaturgia que, ao criar a partir da realidade dos Conselhos brasileiros o cotidiano do Conselho Municipal da fictícia cidade de Vitoriosa, concretiza a teoria do material escrito nos problemas práticos do SUS e do Setor Saúde e em como eles são vivenciados pelos(as) Conselheiros(as) de Saúde!

Assim, para ter sucesso no Curso, leia, reflita e estude todo o material escrito bem como assista e problematize a minissérie! Para apoiar este percurso, o quadro a seguir aponta as relações mais diretas entre ‘Unidades de Aprendizagem’ e ‘Episódios’ da Minissérie. Fique claro, porém, que as relações entre texto e audiovisual não se esgotam

nas apresentadas pelo quadro: cada capítulo da minissérie aborda várias questões que envolvem o SUS e os Conselhos de Saúde, permitindo aos Conselheiros(as) ampliarem suas reflexões e conhecimento para além dos temas das Unidades, o que, para um processo de Educação Permanente, aponta para a realização de novos cursos e atividades pedagógicas.

Quadro 2 – Relações entre Unidades de Aprendizagem (segmento didático escrito) e Episódios da Minissérie ‘Saúde em Cena’ (segmento didático audiovisual)

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| Unidade de Aprendizagem I Episódios 1, 2 e 4 | Unidade de Aprendizagem II Episódio 3 e 5 | Unidade de Aprendizagem III Episódios 6, 7 e 9 | Unidade de Aprendizagem IV Episódio 10 | Unidades de Aprendizagem I, II, III e IV Episódios 11 e 12 |
|---|--|---|---|---|

Mobilizado pelas reflexões produzidas pela leitura e pela minissérie, você terá a oportunidade de interagir com Conselheiros(as) de outros municípios com o objetivo de conhecer como e o que eles refletiram e entenderam! Esta interação é o motor de um poderoso processo de ativação política e da prática, pois permite a troca de experiências e as infinitas possibilidades de articulação que surgem quando trabalhamos juntos e articulados! Para promover esta interação você conta com equipes estaduais que orientam a interação através do outro elemento didático-pedagógico do Curso, o ‘Ambiente Virtual de Aprendizagem’ (AVA).

O ‘Ambiente Virtual de Aprendizagem’ (AVA) do QualiConselhos é um espaço de navegação on-line que integra diferentes mídias e fornece suporte tecnológicos as atividades educacionais. O AVA é gerenciado pela Coordenação de Educação a Distância da ENSP, que o tem utilizado com sucesso.

Tal sucesso deve-se às inúmeras possibilidades e oportunidades que esta tecnologia incorpora aos cursos que a utilizam, viabilizando, dentre outras qualidades, o acompanhamento mais próximo dos alunos por parte dos profissionais da educação; a troca e o debate entre alunos, independente da distância que estejam entre si; e a capacidade de armazenar e compartilhar informações e dados educacionais.

Com base na experiência da Coordenação de Educação a Distância da ENSP/FIOCRUZ na utilização de Ambientes Virtuais de Aprendizagem, o ‘Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS’ incorporará de maneira mais direta a seu escopo inovador esta tecnologia, que se

apresenta como um recurso para ampliar a interatividade dos sujeitos, para acessar materiais complementares e propiciar a inclusão digital. A experiência da ENSP tem mostrado que tal recurso é positivo até mesmo para aqueles que ainda enfrentam dificuldades de acesso às novas Tecnologias Informação e Comunicação (TICs), que, ao buscarem os recursos necessários para participar dos cursos, incorporam a inclusão digital a suas bandeiras e lutas.

Por meio do AVA é possível receber informações sobre o curso, apresentar relatos sobre atividades, dialogar e trocar experiências por meio de fóruns de discussão e chats... enfim, promover a ativação da prática do Controle Social e de seu desenvolvimento no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS.

1.5) Padrão Geral de Funcionamento do Curso

A dinâmica do Curso está pedagogicamente estruturada em torno da relação de cada aluno com a Escola ou Centro Formador em Saúde Pública/Coletiva que, em seu Estado, for responsável pela condução do Curso. Esta relação será conduzida pela Coordenação Estadual do Curso, que foi previamente selecionada e responsabilizada pela Escola ou Centro Formador.

Como se trata de um Curso que busca ativar os Conselhos de todo Brasil em consonância com o Fórum Nacional e os Fóruns Estaduais de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, é importante lembrar que (i) cada Coordenação Estadual deve, nos locais em que o Fórum Estadual de Educação Permanente para o Controle Social já tiver sido criado, dele fazer parte; e (ii) nos locais em que o Fórum Estadual não tiver sido criado, cabe à Coordenação Estadual articular-se com o Conselho Estadual de Saúde para promover sua instalação.

No início do Curso, cada aluno receberá, além do acesso ao ‘Caderno do Curso’ e à minissérie ‘Saúde em Cena’, uma senha pessoal para acessar o AVA e nele navegar.

No AVA, seu primeiro passo deve ser o de buscar o Fórum Geral de Notícias para conhecer com mais detalhes a dinâmica pedagógica do Curso, que será proposta pela Coordenação Estadual do Curso.

Essa dinâmica levará em consideração o acervo didático-pedagógico do QualiConselhos (textos das 4 unidades de aprendizagem + 12 episódios da Minissérie),

a partir do qual os(as) Conselheiros(as) poderão estudar individual e coletivamente, interagindo em torno dos conceitos e práticas do Controle Social abordados no Curso.

Esta dinâmica produz poderosa ativação política e prática, desenvolvendo-se por cerca de trinta dias. Somente os alunos que participarem desta dinâmica – o que será validado pela Coordenação Estadual do Curso - estarão aptos a realizar a avaliação do Curso.

Para obter aproveitamento neste Curso, o aluno deverá participar integralmente de todas as dinâmicas propostas pela Coordenação Estadual, concluindo-as de forma satisfatória. Responsável pela aferição desta participação integral, a Coordenação Estadual atestará quais os alunos concluíram-na de forma satisfatória, considerando-os aptos a realizar a ‘Avaliação do Curso’.

A ‘Avaliação do Curso’ consiste em um questionário de múltipla escolha no qual as questões são formuladas a partir da “teoria das implicações significantes”, cujas bases conceituais remetem à epistemologia genética de Jean Piaget. Será considerado aprovado no Curso, o aluno que acertar 50% ou mais das questões, condição que lhe conferirá uma ‘Declaração de Conclusão do Curso’.

Aqui, encerra-se a primeira parte do ‘Caderno do Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS/2013’!

Se você ficou com alguma dúvida, que uma leitura atenta não foi capaz de dirimir, a Coordenação Estadual do Curso está qualificada para atendê-lo. Sinta-se à vontade para procurá-la a fim de tirar suas dúvidas!

Em seguida, você começa a conhecer a segunda parte do ‘Caderno do Curso’, que, conforme já foi explicado, é composta pelas 4 Unidades de Aprendizagem que abordam os temas fundantes do Curso.

Leia a íntegra das Unidades e estude-as com carinho! Assista à minissérie ‘Saúde em Cena’ e relacione seus capítulos às Unidades! Reflita sobre os conteúdos destes dois materiais didáticos, relacionando-os à sua prática de Conselheiro(a)! Interaja no AVA com seus colegas e com a Coordenação Estadual do Curso!

Será a partir dessas ações, reflexões e estudo que você será aprovado no Curso, que poderá se relacionar de maneira muito mais proveitosa e qualificada com seus colegas Conselheiros(as) de todo o Brasil, propondo-lhes parcerias, reuniões, trocas de experiência... que podem e devem extrapolar os temas aqui abordados, produzindo uma verdadeira ativação política da prática do controle social no SUS!

Parabéns e Mãos-a-obra!

UNIDADE DE APRENDIZAGEM I:
Democracia, Participação Social e
Representação no âmbito dos
Conselhos de Saúde.

Autor:

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira
(DCS/ENSP/FIOCRUZ)

Democracia, Participação e Representação

Na sociedade contemporânea, poucas ideias políticas são tão amplamente aceitas quanto a de democracia. Embora positiva esta situação reflète e alimenta os vários sentidos e práticas que estruturam as diferentes concepções democráticas. Em decorrência, sente-se a necessidade de, para que se compreenda o que determinado ator está querendo dizer, incorporar ao termo democracia um adjetivo: representativa, participativa, deliberativa, direta, substantiva, formalista, elitista, pluralista e etc.

Cada uma dessas concepções procura definir (i) quem toma as decisões que interferem nos rumos da sociedade; (ii) que decisões podem tomar; e (iii) como funciona o processo decisório. Por conseguinte, a abrangência e os limites das respostas a tais questões constituem-se nas principais divergências das diferentes propostas democráticas.

No presente documento, trabalharemos com a ideia de que a democracia é um regime político no qual o Estado é inteiramente ou quase inteiramente responsivo a todos os seus cidadãos. Concordamos, porém, que, em nenhuma sociedade atual, o Estado tenha atingido tal grau de responsividade.

Isso não inviabiliza o conceito, pelo contrário: aponta para os cidadãos que há cada vez mais necessidade de sua participação nos processos decisórios da política pública, pois só assim será possível produzir o Estado responsivo que enseja uma efetiva democracia.

É por conta disto que Boaventura de Souza Santos e Leonardo Avritzer consideram que a democratização passa necessariamente por uma articulação mais profunda entre democracia representativa (que envolve as tradicionais instituições das eleições livres, do voto universal e secreto, da representação partidária, dos três poderes republicanos e etc.) e a democracia participativa (que demanda o reconhecimento pelos governos de que a participação social, as formas públicas de monitoramento dos governos e os processos de deliberação pública podem substituir parte do processo de representação, numa nova institucionalidade política que recoloca na pauta democrática as questões da pluralidade cultural e da necessidade da inclusão social).

Esses autores articulam, portanto, os conceitos/práticas democracia-participação-representação, reconhecendo a multiplicidade de conceitos que envolve cada um.

Em nosso Curso, que trabalha com tal articulação, o ponto de partida adotado é o de que as relações que ocorrem no âmbito da participação e da representação fazem

parte do conjunto de relações democráticas e embora possam ser mais do que isto, não são o seu inverso.

Para isto, precisamos definir que ‘participação social’ será aqui trabalhada como a participação da sociedade organizada no processo decisório das políticas públicas, sobretudo no que concerne à inclusão de pautas nas agendas políticas e na formulação e implementação de ações, programas e políticas públicas. Esta participação deve ocorrer por meio de canais institucionais especialmente desenhados para tanto e legitimados pela sociedade e pelo Estado.

Tal concepção é justificada pela compreensão de que os cidadãos cujas vidas são modeladas pelas políticas públicas têm o direito de expressar seus interesses (imediatos e de médio/longo prazo) e de competir, em condições justas, para que tais interesses influenciem as decisões políticas.

O ponto-chave desta reflexão, que confere caráter substantivo à concepção de democratização aqui trabalhada, refere-se à ‘modelagem da vida’ pelas políticas públicas. Dentre outros objetivos, estas políticas regulam a produção, a oferta, o acesso e o usufruto a bens públicos como saúde, educação, alimentação e habitação que, no Brasil, são direitos constitucionalmente assegurados. Apesar disto, tais bens têm seus equivalentes em mercadorias que, podendo ser compradas e usufruídas de maneira privada, permitem que determinados setores da sociedade, independentemente dos motivos, não se preocupem em usufruir dos bens públicos. Ao contrário, há segmentos populacionais que, não podendo adquirir bens de mercado, só podem ter acesso a eles e a seus benefícios por meio dos bens públicos que, por sua vez, são produtos de políticas públicas (ou mesmo estas próprias).

Como as instituições que constroem as políticas públicas têm sido – no Brasil e em várias partes do mundo – formada por uma substancial maioria de atores que representam os interesses dos setores com maior poder de compra, é diminuta a participação dos segmentos que precisam se utilizar dos bens públicos para fazer valer seus direitos (ou de seus representantes). Em termos mais diretos: aqueles que tradicionalmente participam das etapas do ciclo de políticas apenas em pequeno número são (ou representam) os que terão sua vida modelada por estas políticas. Assim, a garantia de que tais pessoas tenham o direito de participar e/ou de indicar representantes diretos no processo decisório tem como maior virtude equilibrar, ao menos no que se refere à diversidade de interesses representados, a competição política.

É justamente por isto que a democratização exige a criação de novas instituições políticas, que viabilizem a participação dos segmentos tradicionalmente excluídos no processo decisório!

Contudo, o desenvolvimento e a ampliação da participação social nas sociedades contemporâneas mostram a impossibilidade de todos os que desejam participar estejam diretamente presentes no processo decisório. Defender isto seria pressupor que cada decisão teria que ser discutida por uma quantidade tão grande de cidadãos que, no limite, pode chegar à casa dos milhões, o que, obviamente, inviabilizaria qualquer processo decisório.

É por isto que as propostas de democracia participativa, mesmo trabalhando com a ideia da participação de cada cidadão no processo decisório, carecem de uma organização destes cidadãos que viabilize a concentração de suas demandas em representantes por eles considerados legitimados para participar ativamente do processo decisório. Introduce-se, assim, a articulação participação-representação no próprio seio das propostas participativas.

A representação traz em sua essência humana um caráter de controvérsia, posto que se baseia no paradoxo de que representar é fazer presente alguém ou algo que não está presente.

Por isto, a representação política é marcada por uma contradição original, a controvérsia mandato-autonomia: ao participar da competição política e do processo decisório, o representante deve ser responsivo aos interesses dos representados que lhe conferiram um mandato ou ao que julga ser o interesse geral?

Sendo responsivo aos interesses dos representados, o representante vincula suas ações à agenda política e às demandas destes grupos (mandato). Como os efeitos desta postura não repercutem somente em tais grupos, mas em toda a sociedade ou, no mínimo, nos interesses dos demais grupos sociais, estes, caso tenham sido usurpados, podem a ela reagir. Por outro lado, ao buscarem atender interesses que consideram gerais (autonomia), os representantes podem ir contra os interesses de seus representados que, para não correrem o risco de serem usurpados, tendem a deslegitimar suas decisões. Ao procederem desta maneira, grupos sociais e representados deslegitimam, também, as instituições nas quais os representantes participam.

Esta controvérsia é, em si, insolúvel. Contudo, é possível propor que se busquem acordos que equilibrem as aludidas posturas de maneira a que a independência do

representante não desfaça seus laços com os representados nem que sua responsabilidade a estes anule sua autonomia.

Para tanto, a relação entre representantes e representados tem que ser extremamente viva, valorizada, promovida e celebrada a cada momento, pois o pior que pode acontecer é que os representados não mais reconheçam as posições de seu representante, o que deslegitima sua atuação no processo decisório.

Delineadas as relações entre democracia-participação-representação, faz-se necessário discutir como ecoam e configuram-se no setor saúde e nos Conselhos de Saúde.

Democracia, Participação e Representação no Setor Saúde

O ano de 2012 constitui-se em importante marco para a recente democratização brasileira: em outubro, a Constituição Federal promulgada em 1988, que estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, completa 24 anos sem nenhuma intervenção autoritária, fato inédito na história do País. Por seu turno, as Leis 8080 e 8142, que organizam o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) previsto na Carta Magna, completaram, em setembro e dezembro, 22 anos.

Tal situação é resultante direta das lutas contra a ditadura militar (1964-1985) e dos embates pela hegemonia na condução do processo de redemocratização protagonizados pelo Movimento pela Reforma Sanitária (MRS), que compreendia como indissociáveis as lutas contra a ditadura, pela redemocratização, pela participação social e pela garantia da saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

O auge deste processo foi a realização, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), cujo Relatório Final propunha a criação de um sistema de saúde universal, público e gratuito, que teria na participação, um de seus princípios. Para colocá-lo em prática, o Relatório propunha, dentre outras medidas, a criação de Conselhos municipais compostos por usuários e trabalhadores de saúde eleitos pela sociedade local para desempenharem o papel de controlar o poder executivo e o setor privado.

O Relatório Final da 8ª CNS serviu de base para o capítulo da Constituição Federal de 1988 que se refere à Saúde. Porém, a regulamentação do SUS foi consolidada pela lei 8080, de setembro de 1990. Quando esta foi à sanção do Presidente Collor, os artigos relativos ao financiamento do sistema e à participação nos Conselhos de Saúde foram vetados. Diante disto, a Plenária das Entidades de Saúde e os deputados

federais que apoiaram e aprovaram o texto constitucional, articularam-se e conseguiram, em dezembro, aprovar a lei 8.142, resgatando os pontos anteriormente vetados e ampliando a autonomia dos Conselhos ao conferir-lhes o poder de elaborar seu regimento interno.

Esta Lei criou Conselhos de Saúde um tanto diferentes dos propostos pela Oitava Conferência. Por ela, os CMS têm a atribuição de participar do processo de formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Para tanto, deve promover, em reuniões ordinárias e periódicas, o debate sobre a política de saúde, num processo de caráter deliberativo do qual participam paritariamente setores cujos interesses são diretamente afetados pela política de saúde: usuários do SUS, representados por entidades da sociedade civil, que detêm 50% das vagas; trabalhadores da saúde, com 25% das vagas; e o conjunto de prestadores de serviços e gestores que, juntos, contam com os 25% restantes.

É importante notar que muitos Conselhos de Saúde não tem respeitado o princípio da Paridade. É fundamental superar esta situação, sobretudo porque os descumprimentos são, em muitos casos, desfavoráveis à participação da sociedade organizada. E no seu Conselho, a paridade é cumprida? Em caso negativo, por que não? O que você pode fazer para que seu Conselho a cumpra?

Por institucionalizarem a participação da sociedade organizada no processo decisório das políticas de saúde, os Conselhos de Saúde consagram-se como a principal inovação democrática brasileira, sobretudo porque foram criados nos 5.564 municípios brasileiros e nas 27 Unidades da Federação, num movimento político que representa a mais ampla iniciativa de descentralização políticoadministrativa registrada em uma sociedade moderna.

No setor saúde, portanto, a democratização foi incorporada à norma que oficializa o processo decisório. Instituições públicas não-hierarquicamente vinculadas ao poder executivo municipal, permanentes, mandatórias, paritárias, de caráter deliberativo e cujas atribuições voltam-se para a formulação, monitoramento, avaliação e controle das políticas municipais de saúde, os Conselhos de Saúde desempenham importantes papéis na democratização do processo decisório de tais políticas, em especial porque (i) institucionalizam a participação de novos atores no processo decisório: ‘usuários’; ‘profissionais de saúde’; e ‘prestadores de serviço’; e (ii) constituem-se na arena em que tais atores interagem com o governo municipal, deliberando sobre as políticas de saúde.

Ao mesmo tempo que ampliam a participação de novos atores no processo decisório, são uma das instituições em que os interesses destes vão competir com os dos demais atores políticos. Os resultados destas competições, ao menos em tese, tornam-se os interesses dos Conselhos, que vão disputar sua satisfação com os interesses das demais instituições que participam do processo decisório.

Esta característica configura-se em uma *dupla participação*: a participação de novos atores políticos nos Conselhos e a participação dos Conselhos (e, por conseguinte, dos novos atores) no processo decisório das políticas municipais de saúde. Esta dupla participação multiplica os fóruns em que os atores e os interesses por eles representados disputam poder. Em termos gerais, pode-se pensar em 2 macro-fóruns: um interno, que se concretiza no plenário dos Conselhos durante suas reuniões; e outro externo, que é o próprio processo decisório das políticas municipais, no qual os CMS têm que disputar espaço e poder com outras instituições para fazer valer seus interesses.

É neste contexto político que se pode compreender que os(as) Conselheiros(as) de Saúde são representantes da sociedade. Esta representação, dependendo da regra de elegibilidade de cada conselho, pode ser de entidades ou de grupos populacionais.

Quaisquer que sejam, trazem para o conselheiro o dever de valorizar e promover sua relação com os seus representados, tornando-a a base concreta de seu mandato. Isto significa que o representante tem que saber o desejo de seus representados e perguntar a eles o que pensam sobre as situações que surgem nos Conselhos. Neste processo, não precisam perder sua autonomia, postando-se como mero repetidores. Podem, e devem, ter iniciativa e postura proativa. Equilibrar estas posturas é o desafio de cada conselheiro, em especial os que representam os usuários e os trabalhadores da saúde.

E você, conselheiro, tem valorizado e promovido sua relação com seus representados? Tem atuado no conselho a partir das demandas de seus representados e levado para eles os novos pontos de pauta que surgem nas reuniões dos Conselhos? Tem negociado com eles suas possibilidades de autonomia?

Para saber mais sobre os temas aqui abordados, indicamos como referência o seguinte artigo:

Moreira MR e Escorel S. Conselhos Municipais de SAúde no BRasil: um debate sobre a democratização da saúde nos vinte anos do SUS. *In. Ciência e Saúde Coletiva. 14(3). 2009. p. 373-381.*

OBJETIVO DA APRENDIZAGEM

Objetivo geral

Construir com os conselheiros-alunos reflexões sobre determinadas relações entre democracia, participação e representação no âmbito dos conselhos de saúde, mobilizando-os a transformá-las em prática cotidiana de seu conselho e de sua atuação como conselheiro.

Objetivos específicos

OE1) Debater com os conselheiros-alunos relações primordiais entre democracia, participação e representação;

OE2) Mobilizar os conselheiros-alunos a produzirem um reunião com as entidades que eles representam no conselhos de saúde a fim de com elas discutir os assuntos que devem ser debatidos na próxima reunião do conselho;

OE3) Mobilizar os conselheiros-alunos a produzirem uma reunião com as entidades que eles representam no conselho de saúde a fim de com elas discutir os assuntos que foram debatidos na reunião anterior do conselho.

UNIDADE DE APRENDIZAGEM II:

GESTÃO E FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Autor:

**Prof. Dr. José Mendes Ribeiro
(DCS/ENSP/FIOCRUZ)**

Gestão do SUS: aspectos atuais

A reforma sanitária brasileira, impulsionada pela VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), produziu impactos relevantes sobre Assembleia Nacional Constituinte de 1988 e fez com que os princípios gerais de um sistema público, universal, de caráter nacional, participativo, descentralizado e financiado pelo imposto geral fossem transformados em bases legais para o novo sistema.

A Constituinte de 1988 proporcionou profundas mudanças nas instituições públicas, ampliou os benefícios sociais à luz da noção de universalidade e equidade, e transferiu ao Estado as tarefas de promover a redistribuição de renda por meio de políticas setoriais, incentivos fiscais e prestação direta de serviços.

Foi neste ambiente favorável a mudanças políticas que foi construído o capítulo sobre a Seguridade Social na nova Constituição, no qual o setor saúde entrou na composição sob o lema “dever do Estado e direito do cidadão”.

O arcabouço jurídico decorrente da Constituição foi o ponto de partida para o desenvolvimento de um novo ciclo político, projetando um sistema de saúde com predomínio governamental, financiado pelo imposto geral, integral e de caráter universal. Nesse novo arcabouço, o caráter unificado do sistema manifesta-se no financiamento e na gestão cooperativa entre a União, os Estados e os Municípios.

Atualmente, a gestão deste Sistema está sendo regulamentada por meio do Decreto Presidencial 7508/11. Este Decreto regulamenta a Lei 8080 no que se refere à Organização Geral do SUS, do planejamento da Saúde, da assistência à Saúde e da articulação interfederativa. Com base neste decreto, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde estão implementando um novo modelo de relações federativas, expresso em um Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP).

O Decreto Presidencial No. 7.508/2011 e o COAP

O Decreto Presidencial No. 7.508 de 28 de junho de 2006 regulamenta as disposições da Lei N. 8080/90 nos aspectos da organização geral do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa, estabelecendo o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP como um dispositivo institucional essencial para a construção de uma nova dinâmica de organização e gestão do SUS para a garantia do acesso universal equitativo e integral. No âmbito da **organização do SUS**, o Decreto estabelece que os estados serão responsáveis pela instituição das regiões de saúde, que passarão a ser a unidade territorial de referência para a transferência de recursos entre as esferas da federação. Elas deverão conter um escopo mínimo de ações e serviços de saúde e estar organizadas de forma hierarquizada compondo uma

rede regionalizada de atenção à saúde, com portas de entrada definidas. A instituição das regiões de saúde deverá respeitar as pactuações e o cronograma construído na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

O **planejamento** das ações e serviços de saúde passa a ser obrigatório e adquire caráter indutor da oferta privada, devendo ser estruturado de forma ascendente e integrado entre as esferas da federação. Os mapas de saúde são o instrumento de identificação das necessidades de saúde e base para a elaboração dos planos de saúde, onde devem constar as metas para a saúde da população.

No que se refere à assistência, o Decreto define as redes de atenção como espaços de garantia da integralidade mediante o referenciamento dos usuários a partir de portas de entrada. Além disso, a integralidade no SUS passa a ser mais bem delimitada a partir do escopo de serviços e medicamentos definidos, respectivamente, na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENAME e na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENASES.

Finalmente, as relações interfederativas passam a ser gerenciadas a partir de um instrumento jurídico e executivo de gestão compartilhada. O Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP consiste em um acordo de colaboração a ser firmado entre União, Estado e Municípios de uma determinada região de saúde com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde em uma rede regionalizada e integrada. Busca definir responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros a serem disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução, além de outros elementos considerados necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde. O Quadro 1 apresenta os componentes essenciais do COAP:

Quadro 1 – Elementos Constituintes do COAP

O que deve constar no Contrato Organizativo de Ação Pública?

- A identificação das necessidades de saúde locais e regionais;
- A oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;
- As responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização;
- Os indicadores e metas de saúde;
- As estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;
- Os critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;
- A adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;
- Os investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e
- Os recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Fonte: Decreto 7.508, de 28 de Junho de 2011.

O COAP deve ser elaborado em sintonia com o planejamento integrado entre os entes federados e sua implementação será coordenada pelas secretarias estaduais de saúde, a partir normas e fluxos estabelecidos na CIT. Os Conselhos de Saúde terão papel preponderante nessa nova sistemática de organização do SUS, uma vez que devem atuar tanto no processo de planejamento integrado dos planos de saúde quanto no monitoramento da implementação do COAP.

Na biblioteca do Curso estão disponíveis o texto completo do Decreto 7508/11 e da Lei 141/11. É fundamental que sejam lidos e refletidos, sobretudo no que diz respeito às atribuições e funções do Conselho de Saúde.

Financiamento do SUS: panorama

A repartição de responsabilidades e funções entre os entes federativos resultou igualmente das disposições constitucionais de 1988. Na prática, o sistema implantado representa uma combinação entre serviços financiados por meio de diferentes formas de financiamento e com regras de acesso características a cada um destes mecanismos.

Em linhas gerais temos (i) O SUS, financiado pelo imposto geral e de acesso universal; (ii) Os planos privados de saúde, financiados pelos beneficiários de modo individual ou coletivo em parceria entre empregadores e empregados e, em ambas as condições, com participação governamental por meio de renúncia fiscal. Neste caso os serviços são acessíveis aos beneficiários dos planos; e (iii) O desembolso direto por parte dos usuários, que financia a compra de medicamentos e serviços como hospitais, laboratórios e consultas médicas, com acesso mediante pagamento.

Este sistema híbrido e complexo envolve prestadores públicos e privados de serviços de saúde e usuários que acessam estes serviços muitas vezes combinando as diversas formas de financiamento.

Os sistemas de saúde no mundo têm aspectos que são próprios de sua história, configuração política, perfil socioeconômico e valores culturais. Apesar das diferenças, alguns tipos ou modelos podem ser identificados, especialmente quando se olha para período após segunda grande guerra em países capitalistas do ocidente. Correndo o risco de excessiva simplificação, pode-se dizer que a atenção à saúde na forma de sistemas nacionais paulatinamente substituiu os arranjos baseados no atendimento médico individual em consultórios e em hospitais filantrópicos.

Nestes casos, a participação do Estado era, na prática, residual no que se refere a facilitar o acesso dos cidadãos a estes serviços. Ao final do século XIX, no que atualmente corresponde à Alemanha, foi estruturado um sistema hoje conhecido como *bismarckeano*. Por determinação do Estado, os empregados e os empregadores devem contribuir para um fundo de pensões, aposentadorias e assistência médica. Neste modelo, o atendimento é restrito aos contribuintes (beneficiários) e os serviços variam conforme setores da economia, empresas e força política dos sindicatos. A universalização do acesso se dá quando a população vive situação de pleno emprego e as regras se estendem aos dependentes ou quando os governos financiam de alguma

forma a participação dos setores excluídos. Este sistema é conhecido como seguro social.

O modelo se espalhou pela Europa ao longo do século XX e a América Latina, com conhecidas tradições corporativistas, via a difusão deste sistema na região. No Brasil é fácil reconhecê-lo. Começou com as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), seguidas por institutos por setores econômicos (IAPs) e pela unificação no antigo INPS. A assistência médica, em nosso caso, se dava pelo antigo INAMPS. Aqui chamamos este modelo de ‘previdenciário’.

Como o modelo ‘previdenciário’ favorece os que têm emprego formal, a equidade foi perseguida, especialmente na Europa Ocidental, por uma série de medidas governamentais para reduzir as diferenças entre os institutos (portabilidade e unificação dos institutos, por exemplo) e assegurar o acesso aos que não possuem capacidade contributiva.

Uma importante mudança foi observada na Grã-Bretanha, em seu esforço de recuperação no pós-guerra. O sistema de saúde foi unificado com a criação do Sistema Nacional de Saúde (NHS, na sigla em inglês) e as diferenças por setor econômico foram abolidas em prol de uma contribuição por imposto geral. Neste caso, a universalização dos direitos é assegurada como direito de cidadania e as regras de contribuição seguem as do conhecido Imposto de Renda, em que as contribuições proporcionais aumentam conforme a renda e, abaixo de certo nível, existe a isenção.

Este sistema redistributivo, conhecido como *beveridgeano* foi adotado na Europa por outros países e está na base dos fundamentos da reforma sanitária do Brasil e na criação do SUS.

Falamos até aqui de três diferentes arranjos: atenção médica privada (financiada por desembolso direto); seguro social compulsório (contribuição de governos, patrões e empregados e compra de serviços ou provisão governamental); e sistema público unificado (baseado no imposto geral e provisão governamental de serviços). Falta destacar outro importante arranjo, o qual foi criado e difundido pelos Estados Unidos da América – os planos privados de saúde. O *Medicare* norte-americano decorre de uma forma de seguro social e representa um importante comprador destes planos, mas a sua criação se deu a partir de um modelo contributivo. Este arranjo é complementado pelo sistema de atenção à população pobre (*Medicaid*), financiado pelo imposto geral.

O conjunto complexo deste arranjo encontra-se no momento em processo de reforma patrocinada pelo Governo de Barak Obama, que busca um sistema baseado no seguro privado mandatório (obrigatório).

Hoje em dia, cada vez mais os sistemas vêm perdendo a característica única, predominando uma combinação entre dois ou mais dos modelos acima descritos. Além disso, um estudo detalhado de cada País vai encontrar diversos arranjos e inovações que tornam difíceis descrever de modo simples o modo como cidadãos financiam e acessam os serviços de saúde.

Uma forma de conhecer o funcionamento de cada sistema é observar o modo como é financiado (quem paga o que e para quem!) e o modo como os serviços de saúde são acessados (quem tem direito de ir e aonde ir!).

No caso do sistema de saúde brasileiro, alguns dados da Organização Mundial de Saúde permitem entender a complexidade do mix público-privado. Para o ano de 2010, os gastos totais em saúde (sistemas público e privado) chegaram a cerca de 9,0% do Produto Interno Bruto (PIB). Esta média aproxima-se do observado em países europeus desenvolvidos.

Deste gasto, os governos federal, estadual e municipal são, em conjunto, responsáveis por cerca de 47,0% do total, relação inferior à média europeia. Logo, os gastos privados são elevados em relação aos sistemas europeus: os gastos com planos privados representam 21,4% do total e aqueles feitos por desembolso direto chegam a 30,5% do total.

Na prática, a partilha entre gastos governamentais e privados no País é mais próxima do caso norte-americano do que do europeu. Há um agravante importante em nosso caso, que é o fato da despesa direta das famílias no Brasil ser mais que o dobro da realizada pelas famílias norte-americanas. Em seu conjunto, os dados confirmam o que a nossa experiência mostra: nosso sistema de saúde é grande e altamente desigual.

Com relação ao financiamento do setor público brasileiro, temos de observar a participação dos entes federados. Como o sistema se propõe a ser unificado e hierarquizado, supõe-se que a cooperação entre União, Estados e Municípios seja elevada, como forma de compensar não apenas as desigualdades regionais, como também aquelas observadas dentro de cada Estado. Na ausência de cooperação, o sistema estará fadado a ser diferenciado segundo a capacidade financeira e institucional de cada Estado e de cada Município.

As despesas governamentais consolidadas realizadas por recursos próprios segundo cada nível de governo podem ser observadas por meio do sistema de informações do Ministério da Saúde conhecido como SIOPS.

Esta fonte de dados pode ser consultada em maiores detalhes para conhecer a situação de financiamento de cada município. A base de dados do SIOPS baseada em informações prestadas pelos entes federados está vinculada ao portal do Ministério da Saúde (www.portal.saude.gov.br) e pode ser acessada diretamente pelo link http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/PROFISSIONAL/AREA.CFM?ID_AREA=1671.

Uma análise de seus dados gerais permite observar que houve um aumento ao longo da série do gasto nominal e do gasto per capita em taxas superiores à variação inflacionária. Este aumento ocorreu em todos os níveis de governo. Um fato importante que pode ser observado é que a partir de 2005 o gasto combinado dos níveis subnacionais (Estados e Municípios) superou o gasto federal. Isto refletiu a descentralização do sistema, como preconizado nos arranjos constitucionais de 1988. Por outro lado revela exposição especialmente dos municípios ao impacto destes gastos (medicalização do orçamento). Há controvérsias sobre se estas novas atribuições financeiras foram compensadas adequadamente pela reforma tributária constitucional.

É justamente por meio do SIOPS que propomos aos alunos um exercício inicial de observação das despesas realizadas em saúde como proporção das receitas obtidas com os diferentes impostos e fontes de arrecadação.

Para saber mais sobre os temas aqui abordados, indicamos como referência o seguinte artigo:

TEIXEIRA, Hugo Vocurca e TEIXEIRA, Marcelo Gouvêa. Financiamento da saúde pública no Brasil: a experiência do Siops. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.2 [citado 2012-08-28], pp. 379-391. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200005&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000200005>

OBJETIVO DA APRENDIZAGEM

Objetivo geral

Apresentar aos Conselheiros(as)-alunos(as), de modo objetivo, os principais fatores associados ao financiamento público à saúde no Brasil e sua relevância como mecanismo de proteção social e a gestão do SUS.

Objetivos específicos

OE1) Conhecer as formas de gestão do SUS, o Decreto 7508/11 e a Lei 141/11;

OE2) Conhecer os principais dados sobre o financiamento à saúde no Brasil, seus principais conceitos e as características das fontes de informações disponíveis no Ministério da Saúde;

OE3) Trabalhar o SIOPS a fim de identificar os recursos de seu Município.

UNIDADE DE APRENDIZAGEM III:

INTERSETORIALIDADE, DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E DESCENTRALIZAÇÃO.

Autor:

**Profa. Dra. Jeni Vaitsman
(DCS/ENSP/FIOCRUZ)**

Intersetorialidade e Determinantes Sociais da Saúde

Desde o século XIX, os pioneiros da saúde pública apontavam relações entre as condições de vida e as de saúde. Porém, somente em meados do século XX, os pesquisadores do setor começaram a comprovar essas relações, identificando que a melhoria das condições de vida, de trabalho, de moradia, de alimentação e nutrição e ambientais (sobretudo saneamento urbano) são fatores decisivos para a melhoria das condições de saúde, em especial para a diminuição da morbidade e da mortalidade.

Foi nesse contexto que, a partir dos anos 1970, os fóruns internacionais passaram a discutir os limites dos sistemas de saúde em dar respostas a um conjunto significativo de problemas que, embora gerem amplas repercussões na saúde da população, não têm sua origem vinculada ao setor saúde e, justamente por isto, não podem ser enfrentadas apenas pelas políticas deste setor.

Consagrou-se, então, o chamado ‘conceito ampliado de saúde’, para o qual a saúde é mais do que a ausência de doenças, constituindo-se em resultante de fatores que, modernamente, vêm sendo denominados “determinantes sociais da saúde”: condições de vida, trabalho, educação, moradia, segurança, saneamento e etc.

Ausência de saneamento básico, qualidade da água e do ar, fome e violência são exemplos de problemas relacionados aos determinantes sociais da saúde. Para enfrentá-los é preciso um tipo de intervenção política que atue sobre o conjunto de relações sociais e fenômenos que os engendra e que deles repercutem. Isto significa que devem ser objeto da intervenção conjunta e articulada de diferentes setores e órgãos públicos. É esta ação conjunta e articulada de órgãos públicos que, hoje, denominamos ‘intersetorialidade’.

A concepção de intersetorialidade é, portanto, uma proposta de reorganização das ações, programas e políticas públicas, demandando a articulação entre diferentes órgãos e instituições com o objetivo de produzir respostas mais efetivas e eficazes a problemas que, isoladamente, a ação de tais órgãos e instituições não conseguiria superar. É por isto que é possível afirmar que intersetorialidade tem estreita relação com a noção de determinantes sociais da saúde.

Intersetorialidade e Descentralização.

Embora a consciência acerca da intersetorialidade venha se ampliando tanto na sociedade civil quanto na sociedade política, concretizá-la tem se demonstrado bastante difícil, pois, tradicionalmente, os governos, quando enfrentam os problemas sociais, fazem-no de maneira setorializada, pouco ou nada articulada, mobilizando diferentes órgãos e instituições que, muitas vezes, sequer se comunicam ou sabem que enfrentam os mesmos problemas. Esta ação governamental é cara e pouco eficaz, sobretudo quando se trata dos segmentos mais pobres e vulneráveis da população, para os quais a pouca eficácia pode ter implicações trágicas.

Esta atuação setorial dos governos encontra vários obstáculos para ser superada. Um deles deve-se ao fato de ter sido institucionalizada por meio da compartimentação do conhecimento e das tradições disciplinares e profissionais produzidas pela universidade, o que responde mais às necessidades da especialização do saber e das corporações profissionais do que às necessidades da população.

Não é simples mudar estruturas como essas, consolidadas de longa data, até porque a organização da ação governamental por setores constituiu-se, de maneira legítima, para enfrentar problemas específicos dentro de cada setor. No entanto, diante de uma sociedade que se torna cada dia mais complexa, com maiores conquistas sociais e tecnológicas, maior diversidade de direitos sociais e individuais, mas ao mesmo tempo produtora de novos problemas sociais e, portanto, maior número de demandas, o modo de operação fragmentado vem mostrando seus limites para o alcance da efetividade das ações públicas.

No Brasil, qualquer mudança no sentido de uma reorganização intersetorial de políticas, programas e ações se coloca no marco do desenho descentralizado da gestão de políticas, programas e ações governamentais. Em nosso contexto federativo, a atuação governamental se traduz nos níveis federal, estadual e municipal de governo, que se organizam por meio de estruturas e organogramas similares.

A descentralização das políticas públicas após a Constituição de 1988 e o novo pacto federativo a partir do qual foram redefinidas as atribuições dos distintos níveis governamentais implicaram em mudanças significativas no papel dos municípios para a gestão das políticas sociais.

A autonomia do desenho federativo dá poder de decisão às administrações locais em um conjunto de atividades e ações necessárias à implementação de programas e ações. A questão intersetorial não pode ser pensada apenas dentro dos limites da esfera

federal, que não é responsável pela implementação e gestão dos programas governamentais e suas ações.

Os municípios são entes federativos autônomos com competência para organizar e prestar diferentes tipos de serviços públicos de interesse local, seja diretamente, seja por meio de um regime de concessão ou autorização. O nível federal, cada vez mais, passou a transferir aos estados, e principalmente, aos municípios, um conjunto de responsabilidades e prerrogativas na gestão de programas sociais e assistenciais. Entretanto, dada a grande heterogeneidade dos municípios brasileiros, esta atividade se converteu em uma tarefa difícil para muitos municípios, exigindo do governo federal um esforço de coordenação bastante acentuado.

Um dos pressupostos da descentralização é o de que os governos locais são capazes de ser mais eficientes e eficazes no uso dos recursos públicos. Por isto, transfere poder de decisão, competências e de recursos, dando autonomia às administrações locais na elaboração de diagnósticos sociais, diretrizes, metodologias, formulação, implementação, execução, monitoramento, avaliação e sistema de informação das ações definidas.

Ao mesmo tempo, a descentralização compreende que essas transferências devem ser acompanhadas pela sociedade e que a proximidade entre governos locais e cidadãos possibilitaria que aqueles levassem mais em conta as demandas e necessidades da população e que esta, por sua vez, acompanhasse melhor as ações do governo. Para tanto, há a necessidade de institucionalização mais efetiva de canais de participação da sociedade civil no acompanhamento das políticas públicas.

É nesse contexto que os Conselhos e as Conferências de Saúde podem ser considerados espaços potencialmente propícios para o desenvolvimento de ações intersetoriais, visto que têm o potencial de formar redes participativas que potencializam a gestão intersetorial dos problemas da cidade.

Importante frisar, porém, que a implementação e funcionamento desses mecanismos não garantem a gestão intersetorial. Um dos principais problemas que dificultam a realização desse potencial é justamente o formato setorial dos Conselhos e Conferências. As reuniões dos Conselhos, por exemplo, muitas vezes se dão em torno de agendas pré-estabelecidas, sem muito debate e sem espaço para discutir outras questões que não aquelas definidas para o setor.

Desponta, pois, um importante desafio para os Conselhos de Saúde: como formular políticas e organizar estruturas governamentais capazes de articular

intersectorialmente ações que superem problemas sociais que têm forte impacto sobre a saúde da população?

Os Desafios da Gestão Intersectorial

A busca por soluções para tal desafio precisa lidar com diferentes ordens de problemas: (i) o esforço intersectorial é muito maior do que o esforço setorial, pois demanda maior investimento de tempo, de informação, e de recursos humanos e financeiros; (ii) é preciso pensar a articulação intersectorial a partir da identificação de problemas de grupos específicos da população; (iii) tanto a identificação dos problemas como a gestão das ações deve avaliar de forma equilibrada os interesses e objetivos envolvidos, a fim de que um setor não se considere desprestigiado em relação a outros, o que inviabilizaria os esforços de articulação; (iv) uma concepção intersectorial deve pressupor a integração de ações e programas com base em dois focos: família e território.

A interface entre as políticas sociais deve ser assumida pelos gestores como uma prioridade de seus planos de ação. Isto também deve ocorrer no âmbito dos Conselhos, que devem transcender as questões e reivindicações específicas de seu campo temático e promover o debate intersectorial entre diferentes setores do governo e organizações da sociedade civil.

Uma prática exitosa de intersectorialidade no Brasil é o Programa Bolsa Família (PBF). Criado em 2003, o PBF é um programa de transferência de renda para famílias em situação de pobreza que, ao receberem o benefício, têm que, como contrapartida, cumprir determinadas condicionalidades em saúde (vacinação infantil e frequência ao pré-natal) e educação (frequência à escola). Assim, o objetivo do Programa é tanto o alívio imediato da pobreza por meio da transferência de renda, quanto a ruptura do ciclo intergeracional da pobreza, por meio das condicionalidades em educação e saúde.

Um programa como esse enfrenta os determinantes sociais da saúde não só no presente, mas também no futuro, pois se o acesso à educação e aos serviços de saúde forem realmente universais e resolutivos, favorecerão uma melhor colocação no mercado de trabalho, contribuindo para a ruptura do círculo vicioso da pobreza.

Contudo, mesmo um programa exitoso como o PBF enfrenta e pode não superar os desafios acima enunciados, pois ainda que a intersectorialidade seja um de seus principais componentes, isso não basta para que ocorra uma articulação efetiva e pró-

ativa de ações de saúde e educação sobre os beneficiários da transferência de renda. Em muitos municípios, as secretarias setoriais (saúde e educação) não se articulam para a oferta comum de serviços e a intersetorialidade do programa ocorre apenas no nível da informação, quando os registros de frequência escolar e acompanhamento em saúde são enviados pelos Ministérios da Educação e da Saúde aos bancos de dados do órgão federal gestor do programa, o Ministério do Desenvolvimento Social.

Assim, do ponto de vista da gestão das ações, o exercício da intersetorialidade não se restringe à agregação de órgãos responsáveis, demandando a criação de objetivos e atribuições claras de atividades e responsabilidades.

Pensando na gestão intersetorial da saúde no âmbito dos municípios brasileiros, é importante concentrar esforços sobre os determinantes sociais da saúde e nas políticas e programas sociais que, sob gestão de outros setores, tenham impacto sobre a saúde. As políticas de segurança alimentar e de assistência social a grupos vulneráveis, por exemplo, promove a saúde desses grupos na medida em que contribuem para o aumento de renda, a segurança alimentar, a aquisição de medicamentos e o acesso à água.

Para saber mais sobre os temas aqui abordados, indicamos como referência o seguinte artigo:

Junqueira LAP, 1997. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade*, 6(2): 31-46.

1. OBJETIVO DA APRENDIZAGEM

Objetivo geral

Discutir com os(as) Conselheiros(as)-alunos(as) as relações entre intersetorialidade e condições de saúde para capacitá-lo na atuação sobre problemas intersetoriais no âmbito da gestão local.

Objetivos específicos:

OE1) Trabalhar os conceitos de intersetorialidade, determinantes sociais e saúde e bem como suas inter-relações no nível local de gestão;

OE2) Capacitar o conselheiro-aluno a identificar problemas relativos ao desenvolvimento de práticas intersetoriais de gestão no nível local; e

OE3) Estimular que o conselheiro-aluno desenvolva estratégias para superar problemas relativos ao desenvolvimento de práticas intersetoriais de gestão no nível local.

UNIDADE DE APRENDIZAGEM IV:

TRABALHO EM REDE NO ÂMBITO DOS CMS

Autor:

Prof. Ms. Fernando Manuel Bessa Fernandes

(DCS/ENSP/FIOCRUZ)

Tecendo Considerações sobre a Noção de Rede

Muito se tem pensado, dito e escrito a respeito de redes. Mas, do ponto de vista linguístico, verifica-se que a palavra “rede” originariamente possui um significado básico, um núcleo bem definido de sentido.

A etimologia revela que o vocábulo rede vem do Latim (*rete/retis*) e objetivamente designa um objeto com funcionalidades diversificadas, resultante do entrelaçamento de fios ou cordas feitas de diversos materiais, configurando tanto nós (também chamados de nodos ou nódulos) que dão sustentação quanto espaços que lhe conferem transparência, flexibilidade e fluidez.

Na verdade, na literatura é bastante comum associar-se a noção de rede às ideias de malha - algo envolvente, compreendendo ligações equidistantes e simétricas entre os pontos, com evocações rodoferroviárias, e de teia - algo fino e delicado, porém viscoso e agregador, desenvolvido a partir de um centro, inclusive, facilmente relacionável à rede mundial de computadores Internet. Outra possibilidade de entendimento envolve a ideia de árvore, com raízes e ramos ou ramais formando um conjunto no qual as relações nascem e se disseminam hierarquicamente, “podáveis” ou extensíveis mediante a agregação de novos participantes. Uma quarta alternativa é proposta por Deleuze e Guatari: O rizoma, que pressupõe uma multiplicidade de relações desniveladas que surgem simultaneamente de vários pontos, num modelo descentralizado, que constantemente muda e superpõe os interesses e valores dos componentes.

Percebe-se que “rede”, apesar de primordialmente constituir uma palavra que nomeia um objeto voltado para a caça, pesca e captura de animais, objetos e até mesmo pessoas, pode ser amplamente ressignificada e, de um ponto de vista conceitual, passar a definir um conjunto de elementos, abstratos e concretos, interconectados por meio de relações variadas.

Esta variedade de relações e de componentes – humanos ou não - que as formam implica na variedade de conceituações que a noção de rede toma, em múltiplos contextos. Assim, o núcleo da noção de rede tem sido apropriado e utilizado por vários campos do saber, como por exemplo, a Eletrônica, a Comunicação, a Informática, a Sociologia, a Ciência Política e a Administração Pública.

Para pensar em especial uma gestão de cunho intersetorial, a noção de rede tem sido cada vez mais compreendida como estratégica, ao envolver o estabelecimento de vínculos e relações horizontais entre parceiros que possibilitam o desenvolvimento de ações complementares. A noção de rede, por esta via, fundamentalmente encampa a heterogeneidade das ações ao expressar a ampliação e integração das diversas organizações, interesses, grupos e indivíduos que atuam em políticas sociais.

Se cada elemento da rede preserva sua identidade na gestão dos recursos e na afirmação de suas metas, e a articulação de todos os elementos da rede faz com que se integrem enquanto atores, agindo tanto na concepção das ações sociais como na sua execução para garantir à população seus direitos sociais, alcança-se um interessante patamar de organicidade e de operacionalidade respeitador das diferenças.

Isto é relevante, pois a complexidade dos problemas sociais enfrentados pelos diferentes atores demanda diversos olhares, que convergem para objetivos construídos coletivamente. As redes sociais integrando pessoas, organizações públicas e agentes econômicos preocupados com a realidade social constituem um meio para tornar mais eficaz, eficiente e efetiva a formulação, implementação, gestão, acompanhamento, monitoramento e avaliação das políticas sociais.

Nesse sentido, os Conselhos e Conselheiros(as) municipais de saúde têm diante de si um importante papel a desempenhar: O de articular e potencializar as possíveis redes já estabelecidas e a serem estabelecidas na perspectiva da defesa de direitos dos cidadãos na área da saúde. Daí a importância de espaços coletivos, com a presença de membros e lideranças de diferentes Conselhos, assim como a existência de canais e veículos de informação compostos por vários órgãos que, ao invés de trabalhar o corte setorializado das políticas sociais, abordem temáticas amplas que interessem a diferentes grupos e movimentos sociais, inclusive em suas expressões e dinâmicas territoriais. Está posto o desafio!

Enredando Conselhos e Outros Órgãos e Instâncias

Enredar é um verbo interessante, pois pode nos dar a ideia de construção de um enredo – uma narrativa, um discurso sobre uma história, uma produção de sentido. Justamente, enredar, nos termos do desafio aqui posto, assume o sentido de instituir, revitalizar ou dinamizar uma rede, ao envolver esforços de várias intensidades, formatos e finalidades nos quais perpassam algumas ideias-força fundamentais.

No trabalho em rede (ou seria enredamento?), é preciso administrar assimetrias e desigualdades de cada um dos elementos componentes, dando oportunidade para que haja a formação de massa crítica de **conhecimento e reconhecimento das potencialidades e dos limites de atuação e contribuição dos atores envolvidos**. Em se tratando de Conselhos e de Conselheiros(as) municipais de saúde, torna-se vital a percepção de que a manutenção de fluxos de informações, a instituição de alianças coletivas e a valorização recíproca das práticas cotidianas são a tônica e o sustentáculo do processo que se pode chamar de “enredamento”.

Uma rede composta por atores conforme sugerido não é passível de redução a um único ator nem a uma rede unívoca; ela se compõe de grupos heterogêneos: Instituições, órgãos e instâncias, assim como grupos de pessoas e indivíduos interconectados. Uma rede assim instituída, portanto, interconecta, transforma e redefine os seus atores componentes ao mesmo tempo em que, por sua vez, torna-se ela mesma um ator “atuante” ou “actante”, entendido por qualquer pessoa, instituição ou coisa portadora da capacidade de agência, isto é, produzir efeitos no mundo e sobre ele.

Capacidade de agência ou agenciamento, por sinal, remete a ideia de **articulação**. No caso dos Conselhos, torna-se fundamental incluir nos projetos de capacitação dos Conselheiros(as) a demanda de formação coletiva dos vários Conselhos, enfatizando o aspecto da **colaboração** (labor: trabalho; co-labor: Trabalho junto, em conjunto) ou **cooperação** (operacionalização de ações em conjunto). Sob esta perspectiva, o fortalecimento de atores coletivos poderia ser mais explorado com a criação de vínculos mais estreitos com outros atores coletivos, por intermédio de organizações e movimentos sociais nos quais se inserem, do que com atores individuais.

Isto é importante e essencial para que, sem diluir as questões específicas, possam ser desenvolvidos e aperfeiçoados conteúdos voltados para temáticas gerais, que garantam a análise crítica sobre os mecanismos de formulação e gestão da coisa pública, bem como sobre o funcionamento dos diversos aparelhos e instâncias que compõem o Estado em seus vários níveis de poder.

É bem produtivo, portanto, pensar os Conselhos a partir da dinâmica e articulações estabelecidas entre os vários atores envolvidos em uma rede participativa e não somente enquanto um espaço circunscrito a um setor de políticas. As relações entre os diferentes problemas, Conselhos e gestores devem ser levadas em conta para se entender os avanços e limites do desenho participativo da gestão das políticas sociais estabelecido pela Constituição Federal de 1988.

Neste ponto, está presente a ideia de **compartilhamento, disseminação e distribuição e redistribuição** de informações, interesses e valores, de modo a oxigenar as instâncias envolvidas e potencializar o processo democrático. Tal oxigenação/potencialização passa, como queremos observar, pela afirmação dos Conselhos em sua definição de canais de participação, de composição paritária, viabilizadores da identificação e captação permanente das demandas da Sociedade – num movimento típico de inclusividade.

Ainda, a partir do momento em que se sabe da responsabilidade atribuída aos Conselhos de articular representantes da população e membros do poder público em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos, atribuições consultivas, deliberativas e/ou de exercício do Controle Social na gestão de políticas setoriais, resgata-se e reforça-se a noção de Democratização enquanto processo político-institucional no qual o Estado, progressivamente, publiciza-se e enreda-se, isto é, amplia sua responsividade aos interesses de todos os seus cidadãos.

Ao mesmo tempo, em sentido oposto porém essencialmente idêntico e convergente, o protagonismo legitimado dos cidadãos e dos órgãos e instâncias de representação e participação depende da consolidação institucional dos Conselhos, consolidação esta traduzida na observância de seu estatuto e no seu efetivo funcionamento. Quanto mais consolidado institucionalmente, mais reconhecido em sua capacidade de interlocução um conselho é. E quanto mais este apresentar capacidade eficaz de articulação, colaboração, cooperação e trabalho em rede, mais interlocução estará apto a produzir, reforçando a defesa dos direitos dos cidadãos.

O trabalho em rede (ou enredamento) deve ter a propriedade de por os Conselhos municipais de saúde para além do contato com as secretarias municipais e estaduais de saúde. As possibilidades de estabelecimento de parcerias envolvem atores do setor saúde e de outros, tais como Conselhos de direitos, Conselhos tutelares, juizados, polícia, movimentos da sociedade civil organizada, Organizações Não-Governamentais (ONG), associações de moradores, movimento dos trabalhadores sem-terra, etc.

No que toca a estes potenciais atores/parceiros para o trabalho em rede, cabe destacar três pontos: 1) A necessidade do exercício consciente da autonomia e da responsabilização de cada um, seja dos indivíduos, seja dos coletivos, na afirmação de seus posicionamentos; 2) A necessidade de prática da criatividade, tanto na concepção das ações e relações, quanto nas formas de execução das mesmas; e 3) A importância

fundamental de alguns atores/pareceiros, dentre os quais ressalta-se o Ministério Público, por suas características estratégicas na observância das leis, na defesa e na garantia dos direitos civis, humanos e de saúde e na resolutividade por eles apresentada no cumprimento das demandas dos cidadãos.

Finalmente, um lembrete muito importante: Trabalhar em rede não significa que se deva esperar chegar a uma situação onde o resultado é o simples somatório das aspirações, vontades e desejos dos atores integrantes da rede; Na verdade, ao compreender-se a rede instituída enquanto um ator ela mesma, passa a apresentar um conjunto de objetivos, metas e interesses próprios, com a propriedade interessante de atender simultaneamente a interesses individuais dos atores que a compõem. Como se costuma dizer, a união faz a força! Mas união não implica necessariamente em uniformização centralizadora. Tal é o espírito que preside esta proposta.

Para saber mais sobre os temas aqui abordados, indicamos como referência o seguinte artigo:

Araújo, I. S. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.165-77, set.2003-fev.2004

OBJETIVOS DA APRENDIZAGEM:

Objetivo Geral

Consolidar, junto aos Conselheiros(as)-alunos(as), a noção de que a atuação em rede é fundamental para o exercício pleno do Controle Social.

Objetivos Específicos

OE1) Discutir o conceito de atuação em rede no âmbito dos Conselhos de Saúde;

OE2) Estimular os(as) Conselheiros(as)-alunos(as) a identificar, caracterizar e problematizar contingências, dificuldades e obstáculos ao exercício da atuação em rede no âmbito dos Conselhos de Saúde;

OE3) Estimular os(as) Conselheiros(as)-alunos(as) a desenvolverem estratégias de atuação em rede no âmbito dos Conselhos, assim como estratégias de superação das contingências, dificuldades e obstáculos ao processo.