



GUIA DO MONITOR

**CURSO DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS
ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE**

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

Barjas Negri

SECRETÁRIO DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Gabriel Ferrato dos Santos

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE GERENCIAMENTO DE INVESTIMENTOS

Rosani Evangelista da Cunha

COORDENAÇÃO NACIONAL

Antônio Ivo de Carvalho (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenador

Ana Maria Segall Corrêa (DMPS/FCM/UNICAMP)

Antônio Alves de Souza (NESP/CEAM/UnB)

Cornelis Johannes van Stralen (NESCON/UFMG)

CONCEPÇÃO PEDAGÓGICA

Ana Maria Costa

Antônio Alves de Souza

Antônio Ivo de Carvalho

Cornelis Johannes van Stralen

Eduardo Stotz

Giovanni Gurgel Aciole

Maria Helena Salgado Bagnato

Mariska Ribeiro

Virgínia Torres Schall

COLABORADORES

Adalgiza Balsemão Araújo

Adriane Pianowski

Ana Maria Segall Corrêa

Clara de Assis Vale Evangelista

Edjanece Guedes de Melo Romão

Eucilene Maia Franco

Heloisa Bearzoti Pires

João de Deus Gomes da Silva

Márcia Cristina Marques Pinheiro

Maria da Graça Silva Xavier

Maria Laura Sales Pinheiro

Maria Silvia Coutinho Carvalhal

Marília Coser Mansur Mesquita

Rafaela Cardoso Freire

Regina Celi Nunes dos Santos

Regina Helena Lemos Pereira Barbosa

Ricardo Ceccim

Rosângela Maria Sobrinho Sousa

Vanderléa Laodete Pulga Daron

Yara de Oliveira Corrêa



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GERENCIAMENTO DE INVESTIMENTOS

GUIA DO MONITOR

**CURSO DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS
ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

BRASÍLIA – DF

2002

© 2002 – MINISTÉRIO DA SAÚDE

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 500 exemplares

CONTRATO 031/2001 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Consórcio Executor do Projeto de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde e Formação de Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal no âmbito do Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS, do Ministério da Saúde, por meio do Projeto REFORSUS, a partir de financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento - BID:

Fundação de Ensino, Pesquisa, Desenvolvimento Tecnológico e Cooperação à Escola Nacional de Saúde Pública – FENSPTEC

Fundação Universitária de Brasília – FUBRA

Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP – FUNCAMP

Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa – FUNDEP

**INSTITUIÇÕES PARTÍCIPES DA CONCEPÇÃO E OFERECIMENTO DO CURSO DE
CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE:**

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

Universidade de Brasília

Núcleo de Estudos em Saúde Pública / CEAM

Universidade Estadual de Campinas

Depto. Medicina Preventiva e Social / FCM

Universidade Federal de Minas Gerais

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva / FM

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde

Departamento de Gerenciamento de Investimentos

Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no SUS – PAFCS

Esplanada dos Ministérios, bloco G, 1º andar, sala 110

CEP: 70.058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 315 3464

Fax: (61) 315 2774

E-mail: controle.social@saude.gov.br

CAPA E ILUSTRAÇÕES

Miguel Paiva

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Diego Paiva

REVISOR

Jorge Moutinho

IMPRESSO NO BRASIL / PRINTED IN BRAZIL

CATALOGAÇÃO NA FONTE – EDITORA MS

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. Guia do monitor: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

106 p.: il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0577-4

1. Conselhos de Planejamento em Saúde. 2. Capacitação. 3. Saúde Pública. 4. SUS (BR). I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Departamento de Gerenciamento de Investimentos. III. Título. IV. Série.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
INTRODUÇÃO	7
CONSIDERAÇÕES PEDAGÓGICAS	11
OFICINA 1 Os CONSELHEIROS DE SAÚDE E SUAS REALIDADES	21
OFICINA 2 Os PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	31
OFICINA 3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL	41
OFICINA 4 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	49
OFICINA 5 PLANEJAMENTO EM SAÚDE: AGENDA, PLANO DE SAÚDE E QUADRO DE METAS	57
OFICINA 6 PLANEJAMENTO EM SAÚDE: ORÇAMENTO, FINANCIAMENTO E PRESTAÇÃO DE CONTAS	71
OFICINA 7 O CONTROLE DAS POLÍTICAS E AÇÕES DO SUS: MECANISMOS DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO	81
OFICINA 8 AGENDA DOS CONSELHOS DE SAÚDE	91
ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO	97
CONSIDERAÇÕES FINAIS E BIBLIOGRAFIA	103

APRESENTAÇÃO

O Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde é mais uma das iniciativas do Ministério da Saúde, por meio do Projeto REFORSUS, para o aprimoramento da gestão e de políticas de saúde no País. Com ele, pretende-se aumentar a participação de importantes segmentos da sociedade no controle social do SUS.

Para tanto, o Programa conta com dois subprojetos. O primeiro é voltado à capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. E, o segundo, à formação de membros do Ministério Público e da Magistratura Federal em Direito Sanitário.

A capacitação dos Conselheiros de Saúde será implantada nacionalmente. Recursos de educação serão usados com base em problemas e em vivências do cotidiano dos conselhos de saúde e de seus membros – os conselheiros. Este treinamento acrescentará conteúdos técnicos ao saber e à experiência de cada conselheiro, respeitando as diferenças e as especificidades próprias de cada região brasileira.

A formação em Direito Sanitário, para os integrantes do Ministério Público e membros da Magistratura Federal, está sendo oferecida em cursos de especialização e de extensão a distância. Temas da saúde serão abordados a partir do conhecimento das demandas e necessidades dos usuários, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e dos gestores do SUS. A proposta representa um avanço para a atuação desses servidores públicos que poderão, com maior propriedade, zelar pela saúde no País.

No Ministério da Saúde, o Programa de Apoio ao Fortalecimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde vincula-se ao Departamento de Gerenciamento de Investimentos, sob a coordenação-geral da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério Público são parceiros desta iniciativa e permanecem acompanhando as atividades de implementação.

O consórcio, formado pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, pela Universidade de Brasília (UnB), pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), vencedor da licitação, é o responsável por ministrar os cursos em todo o País.

O Ministério da Saúde está oferecendo as ferramentas e espera que essas iniciativas de capacitação e formação auxiliem e sirvam de exemplo no processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Ministério da Saúde

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde no Brasil ganharam, a partir da Constituição de 1988, relevância indiscutível e especial destaque no esforço nacional de recondução do Estado Brasileiro aos caminhos da democracia.

Com o início da abertura política nos anos oitenta, resultante de grande pressão social, o Movimento Sanitário, surgido em meados da década de 70, em conjunto com o Movimento Popular e Sindical, pôde denunciar os efeitos do modelo econômico sobre a saúde da população, agravados pela irracionalidade do sistema de saúde então implantado. Esse movimento não se caracterizou apenas por fazer denúncias contra o regime militar e os interesses econômicos com ele envolvidos, mas também por apresentar proposta alternativa de um projeto de transformação do sistema de saúde vigente.

O fim do regime militar e o surgimento da Nova República, em 1985, possibilitaram a intensificação dos movimentos sociais, que teve como resultado a convocação da Assembléia Nacional Constituinte, onde se discutiria a nova ordem jurídico-institucional do país e se celebraria um novo pacto entre os vários grupos sociais. Prevista nos planos do novo Governo, foi então convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde para discutir um outro sistema de saúde para o Brasil, cujas propostas seriam encaminhadas aos constituintes.

Com a participação de cerca de 4.000 pessoas – dirigentes institucionais, técnicos, estudiosos, políticos, lideranças comunitárias e sindicais, e representantes de entidades de portadores de deficiência e de patologias - a 8ª Conferência discutiu e aprovou um relatório, cujas deliberações passaram a constituir o projeto da Reforma Sanitária que, levado à Assembléia Nacional Constituinte, disputou com outras propostas, tendo inscrito no texto constitucional varias de suas pautas, dentre as quais se destacam o reconhecimento da saúde como direito de cidadania (art. 6º) e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS (art. 198) integrado por uma rede regionalizada e hierarquizada e organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atenção integral e participação da comunidade.

Embora o Conselho Nacional de Saúde tenha sido criado em 1937, pela lei nº 378/37, por muitos anos ele teve somente o papel de assistir o Ministro da Saúde, e foi integrado principalmente por membros representantes do Poder Executivo, com uma baixa representatividade social.

De acordo com a estrutura e a dinâmica definidas para o SUS nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90, um novo Conselho Nacional de Saúde é criado em agosto de 1990 pelo Decreto 99.438/90, e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde são criados a partir de 1991.

Esses Conselhos constituem instâncias deliberativas, através das quais, a população, representada por usuários, profissionais de saúde, gestores do sistema e prestadores de serviços de saúde passa a exercer o Controle Social do SUS, participando da formulação e definição das políticas de saúde e exercendo a fiscalização da sua execução, seja relacionada aos serviços prestados, seja relacionada à gestão dos recursos financeiros.

A excelência da fundamentação legal do SUS e a definição clara de seus objetivos, entretanto, não têm sido suficientes para assegurar a sua implantação plena. Isto ocorre por diversas razões, entre elas o fato de que o projeto SUS fere os interesses daqueles que entendem que a saúde é lugar de lucro sendo assim, tratada como mercadoria. Para estes, o Estado deve se retrair da prestação da assistência à saúde e o que o SUS propõe é justamente o contrário. Isto faz com que muitas demandas da população ainda não sejam atendidas.

Enormes diferenças socioculturais, e principalmente econômicas, entre Municípios e Estados brasileiros, muitas vezes provocadas por problemas políticos e de repasses de recursos entre as diferentes esferas do governo, tendem a agravar os impasses na consolidação do SUS, na maioria deles favorecendo a desigualdade nos diferentes graus de sua implantação, muitas vezes atrasando sua execução traduzida em práticas concretas de atendimento às pessoas.

Não é por acaso que, em muitos municípios, os Conselhos de Saúde, embora criados, na prática se restringem às exigências para o repasse de verbas e não cumprem a preciosa missão do controle social do SUS. A composição heterogênea dos Conselhos, expressada pelos segmentos ali representados, exige que o exercício da função de conselheiro seja realizado por pessoas voluntárias e conscientes que, independente de escolaridade ou experiência profissional, atuem na negociação dos interesses coletivos de seus representados. Essa situação pode criar divergências e conflitos, que devem ser superadas em negociações que garantam os pressupostos para uma real e eficiente atuação dos Conselhos.

Ampliar a ação dos Conselhos e torná-los visíveis e atuantes exige um aprimoramento de processos de capacitação de conselheiros que, aproveitando suas experiências anteriores, possa proporcionar um aprofundamento maior em todos os assuntos pertinentes às ações de sua competência e o desenvolvimento de habilidades para lidar com os mecanismos disponíveis ou que possam ser acessados para facilitar essas mesmas ações.

As Plenárias Nacionais dos Conselhos de Saúde, desde o início, indicavam a necessidade de capacitação de conselheiros. Essa demanda foi referendada especialmente pelas 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde em suas etapas municipais, regionais e estaduais, e confirmadas nas respectivas etapas nacionais. A par dessas deliberações, vêm sendo desenvolvidas experiências de capacitação de conselheiros de saúde em vários estados e municípios.

A presente capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde tem abrangência e será desenvolvida em oito oficinas de trabalho. Para cada turma de conselheiros haverá um monitor previamente selecionado pelos núcleos estaduais

de capacitação e treinado sob supervisão da coordenação nacional do consórcio. Serão 300 monitores com a tarefa de conduzir as oficinas, introduzir os temas escolhidos e facilitar a discussão com os integrantes. O projeto tem por meta alcançar 50% dos conselheiros de saúde existentes no país, cerca de 43.600 participantes. A transparência na seleção dos conselheiros e a disposição em participar são pontos básicos para o sucesso da iniciativa. Do mesmo modo, o apoio logístico dos gestores e o acompanhamento das atividades por parte dos núcleos estaduais de capacitação revelam-se indispensáveis ao bom funcionamento do projeto.

O material didático, elaborado especialmente para este projeto, é composto pelo Guia do Monitor, Guia do Conselheiro e Caderno de Atividades. O Guia do Monitor foi elaborado para funcionar como um instrumento auxiliar, capaz de aumentar a segurança de quem vai se incumbir da condução desse processo formativo.

Nos dez capítulos aqui apresentados, o monitor encontrará os fundamentos indispensáveis e os pressupostos básicos que devem orientar qualquer ação educativa. Achará, também, elementos de reflexão sobre seu papel e sugestões de técnicas que facilitem essa tarefa. Terá a seu dispor a descrição detalhada de oito oficinas que irão compor o programa e obterá sugestões para a operacionalização de cada uma delas. Receberá, ainda, instruções para a execução de uma avaliação criteriosa do trabalho realizado com o grupo que conduziu.

O monitor poderá aprofundar seus conhecimentos sobre temas abordados nas oficinas, ou outros relacionados à saúde, nos textos de apoio que fazem parte do Guia do Conselheiro ou que estão disponíveis na biblioteca virtual da *homepage* do Projeto de Capacitação hospedada no *site* "<http://www.ead.fiocruz.br/conselho>", bem como na bibliografia que se encontra no final deste Guia.

O Guia será um precioso auxiliar se o monitor souber aproveitá-lo bem, contribuindo para sentir-se fortalecido e capaz de enfrentar sua tarefa com tranquilidade e prazer, garantindo o sucesso do Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde e, a médio e longo prazos, avanços na implantação do SUS, num processo indispensável à melhoria da qualidade de vida de todos nós, brasileiros e brasileiras.



CONSIDERAÇÕES PEDAGÓGICAS

A EDUCAÇÃO COMPARTILHADA

O processo de capacitação para qualquer tipo de ação que vise contribuir para a transformação da realidade é, antes de mais nada, um processo educativo. Aponta para a necessidade da criação de espaços de aprendizagem, onde sejam estimuladas a reflexão profunda sobre a realidade que se pretende modificar, a troca contínua de experiências vivenciadas pelos integrantes do grupo e a busca compartilhada de soluções para problemas evidenciados nesse percurso.

Conduzir esse processo exige do monitor – indivíduo a quem será atribuída a função de educador – a aproximação ou reaproximação de alguns fundamentos que orientam as práticas pedagógicas, assim como a apropriação de técnicas e de recursos que possam vir a facilitar o seu trabalho.

É preciso lembrar que, desde a década de 60, abandonaram-se os velhos conceitos – ou preconceitos – que impregnavam as idéias referentes à educação, colocando ênfase na transferência pura e simples de conhecimentos acumulados pelo educador – agente ou sujeito do processo – para o educando, remetido aqui à incômoda e submissa posição de paciente ou objeto da aprendizagem.

Denunciou-se, a partir daí, a inutilidade de um “saber” adquirido, acumulado e retransmitido, pela constatação da inexistência de um “saber” pronto e acabado. Adiantaria pouco abastecer-se em fontes teóricas de recursos, cuidadosamente procuradas e generosamente transmitidas, se o seu produto se esfacelava, facilmente, diante da realidade sempre dinâmica, mutável e contraditória. Descobriram-se, também, as visões unilaterais embutidas em “saberes” que, quase nunca, permitiam problematização, ou investigação mais aprofundada.

Coube a Paulo Freire, professor e pensador brasileiro, cuja obra foi reconhecida no mundo inteiro como inovadora e revolucionária, a constatação de que a verdadeira aprendizagem só ocorreria através da recriação de um novo conhecimento, construído a partir da realidade dos educandos, esta sim capaz de contribuição, não só desejável como imprescindível a todo esse processo.

Pelo fato de vivenciarem diferentes realidades, os educandos, melhor do que ninguém, podiam determinar o que se fazia necessário aprender. Só através do tipo particular de conhecimento de que todos já dispunham – aquele que é obtido no próprio exercício de viver – seria possível encontrar soluções criativas e compartilhadas que favorecem a aprendizagem. A bagagem intelectual foi contraposta à bagagem da experiência, instalando-se, assim, a exigência de um verdadeiro e pro-

fundo processo de trocas, que transforma a educação em processo permanente, no qual todos podem se enriquecer por todo o tempo, enriquecendo também os outros.

“Nesse sentido, a verdadeira educação é um ato dinâmico e permanente de conhecimento, centrado na descoberta, análise e transformação da realidade pelos que as vivem.”

Miguel Darcy de Oliveira e Rosiska Darcy de Oliveira,
in BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.).
Pesquisa Participante. São Paulo: Brasiliense, 1981.

A mudança no conceito de educação, que passou a ser tão bem definida por Paulo Freire como “prática de liberdade”, alterou de forma inapelável a relação professor-aluno, educador-educando, envolvendo-os todos como agentes de um mesmo processo e remetendo-os a uma dimensão de horizontalidade na qual todos devem ensinar e aprender juntos e em que as questões que deflagraram a situação de aprendizagem é que virão a constituir o objeto de cada ação educativa. Não deve, aí, haver o menosprezo pela bagagem intelectual do educador. Ao contrário: é isso que lhe permitirá assumir o papel de mestre, professor, monitor, animador, ou seja, de assumir a liderança de um contexto educativo e participar dele.

Mas ele deve ter bem presente que esse será sempre um pressuposto, um pré-requisito básico para que a tarefa educativa tenha êxito. Não é o único nem deve ser superestimado, em face da familiaridade dos educandos, alunos, aprendizes, participantes de oficina, com a realidade que vivenciam cotidianamente.

São justamente as trocas entre esses dois “saberes” que poderão construir o novo conhecimento que, posto em prática, poderá determinar a transformação da realidade.

Uma ação educativa, para ser bem aproveitada, deve incluir uma reflexão e a busca de dados sobre o objeto de estudo. Esses exercícios, inerentes à função de educador, permitirão a apropriação da realidade para pesquisá-la, compreendê-la e pensar em modificá-la.

Esses são alguns dos pressupostos pedagógicos fundamentais para cada monitor assumir o papel de educador(a).

Uma coisa que continua em mim, como pessoa e como educador, quer pensando a prática educativa, quer fazendo a prática educativa, é um profundo respeito à figura do educando, ao gosto do educando e à formação do educando. Sou tão intransigente com isso que, toda vez que alguém usa a palavra treinar, eu critico e contraponho a palavra formar. Continua em mim o respeito intenso à experiência e à identidade cultural dos educandos. Isso implica uma identidade de classe dos educandos. E um grande respeito, também, pelo saber “só de experiências feito”, como diz Camões, que é exatamente o saber do senso comum.

Paulo Freire
Entrevista à revista *Presença Pedagógica*,
Belo Horizonte, ano 1, nº1, jan./fev. 1995, p. 5-6.

ENTRANDO EM AÇÃO

Será sempre mais fácil conduzir uma ação educativa se o monitor tiver bem claros e definidos os objetivos que interessam aos participantes.

Além do objetivo geral do curso de capacitação que aponta para a ampliação da eficácia dos Conselhos de Saúde, visando, como consequência, apressar a implantação e a capacidade operativa do SUS, o monitor deve ter presentes alguns objetivos específicos que visam ao aumento potencial da aprendizagem por parte dos integrantes do grupo. Será fundamental, para o andamento do curso e para o desempenho de tarefas, que, a partir do fim das oficinas, se possa em cada um perceber a ampliação de algumas capacidades:

-  leitura crítica;
-  análise;
-  dedução;
-  argumentação e contra-argumentação;
-  discussão lógica;
-  síntese;
-  sistematização;
-  conceitualização;
-  percepção de interesses;
-  mediação dos conflitos;
-  percepção de interesses e contradições.

Esses são fatores importantes, que irão responder às necessidades dos Conselheiros no enfrentamento de um dos maiores desafios que lhe impõe a sua condição: a capacidade de expressar-se claramente, de se fazer entender; enfim, de comunicar-se com segurança sejam quais forem as instâncias e circunstâncias em que é obrigado a transitar em seu dia-a-dia, bem como a capacidade de formular e analisar propostas.

O NOSSO GRUPO

Desde que nascemos vivemos em grupo e, de uma forma ou de outra, estamos constantemente nos relacionando com outras pessoas com os mais diversos objetivos na família, na escola, na igreja, nos clubes, com os amigos da rua, na associação dos

moradores e em todos os contextos de trabalho. Compartilhando com outros indivíduos a experiência de viver, adquirimos nossa identidade própria, estruturamos nossas idéias e desenvolvemos nossas capacidades.

De alguns grupos participamos de forma muito consciente. A participação em outros é feita de maneira rotineira, sem prestarmos muita atenção. A participação em um Curso de Capacitação é temporária e deve ser consciente, pois voltada para um objetivo específico.



LEMBRETES AO MONITOR

1 Antes de tudo, é preciso lembrar que os grupos de que se fala aqui não são grupos iguais. Eles diferem entre si, em função das enormes diferenças socio-geográficas e culturais que caracterizam os brasileiros de pontos diferentes de um país com dimensões continentais como é o Brasil. Pessoas que vivem no Norte não pensam, nem agem como se fossem do Sul ou do Sudeste. Além disso, vale ressaltar que as pessoas diferem também entre si pelo fato de serem homens ou mulheres, negros, brancos, índios, crianças, jovens, adultos, idosos e, ainda, por sua condição de classe (patrão, empregado, proprietário de terra etc.). Essas situações geram interesses e necessidades diferenciadas e são definidoras das identidades individuais. Respeitar essa forma original de ser, com seus valores próprios e demandas particulares, procurando conhecê-los melhor, é o primeiro passo para um bom entendimento entre o Monitor e o Grupo. Embora, sempre que possível, o monitor seja escolhido dentro da comunidade em que vai atuar, é bom que empreste especial atenção às especificidades de seu grupo, integrando todos os segmentos sociais, econômicos e culturais ali representados.

2 Quando se propõe a um indivíduo que funcione como monitor de um grupo, sugere-se que ele ocupe o papel de líder desse grupo. Caberá a ele conduzir a organização do grupo em torno de objetivos que ajudará a esclarecer. É ele quem vai conduzir as atividades grupais, distribuindo responsabilidades, acolhendo e influenciando nas escolhas de papéis que o grupo fizer. Mas ele deve sempre se lembrar de que é e deve se comportar como **um membro do grupo**. Portanto, cabe-lhe problematizar situações, discordar de propostas, aceitar sugestões e questionamentos como qualquer membro do grupo. Deve se esforçar por criar um clima agradável, cooperativo e garantir, ao mesmo tempo, autonomia e independência durante os trabalhos, socializando responsabilidades e valorizando as contribuições recebidas.

Como já foi dito, cada pessoa tem suas características próprias, mas cabe ao monitor lidar com as suas, a fim de não prejudicar o bom andamento do grupo e deixar que surjam as potencialidades que certamente existem. Um monitor que tenha facilidade de se expressar, goste de falar e o faça com clareza, pode, sem que o deseje, inibir membros do grupo que não dispõem das mesmas habilidades. Caso ele perceba a situação, deve dar vez e voz, para que cada um se expresse em seu ritmo e tempo próprios, sem deixar o tempo correr solto.

3 Diferentes papéis podem ser ocupados por diferentes pessoas em diferentes atividades. Essa reversibilidade ajuda a interação entre os participantes e a integração do grupo como um todo, ao mesmo tempo que facilita a dinâmica das atividades e a distribuição das responsabilidades. Por isso, a condução dos trabalhos deve não só permitir como estimular a troca de papéis, dependendo do momento e das necessidades do trabalho. Uma mesma pessoa pode ocupar, simultaneamente, vários papéis, de acordo com o interesse da dinâmica do momento. Caberá ao monitor ajudar o grupo, no sentido de identificar o potencial dos colegas e até sugerir a troca de posições, para que os integrantes se recoloquem de acordo com os interesses momentâneos do grupo.

4 Todo grupo é ideológico, na medida em que se posiciona, *a priori*, diante de situações reais que pretende modificar. É preciso não confundir a ideologia do grupo com a ideologia político-partidária que cada um adota e que faz parte de sua vida pessoal.

A ideologia do grupo se expressa nos atos conjuntos cotidianos e em suas conseqüentes decisões. É também uma dimensão política de outra ordem e deve ser valorizada, pois pode ajudar a estabelecer as regras para o funcionamento do grupo.

5 Os grupos formados durante as oficinas de capacitação têm caráter transitório, pois o objetivo que propicia o grupamento é participar dessas oficinas. Por outro lado, espera-se que esse processo formativo contribua para o maior engajamento dos conselheiros de saúde nos espaços de participação popular e controle social do SUS, bem como para dar prosseguimento ao processo de capacitação em seus municípios.

Apesar dessa vida breve, esse grupo deve obedecer à dinâmica esperada de todos os grupos, ou seja, o respeito às regras estipuladas pelo próprio grupo, enquanto durar o contexto que lhe deu origem. Deve, também, colocar em prática os pressupostos de bom funcionamento que caracterizam qualquer grupo:

- ❖ As pessoas se reúnem porque compartilham os mesmos objetivos.
- ❖ Para alcançá-los, é preciso organizar-se.
- ❖ A comunicação entre todos os integrantes, incluindo-se aí o monitor, deve ser fácil e fluente.
- ❖ Os participantes devem ter a consciência do “nós”.
- ❖ É necessário que haja laços de lealdade, confiança e respeito entre os integrantes.
- ❖ Caberá a todos a responsabilidade e o compromisso de empenhar-se na busca de soluções para a situação que originou o contexto educativo.

- ❖ Devem reconhecer, como necessária, a função do monitor.

6 O grupo não é estático. Ele pode avançar ou retroceder. Mas nele existem recursos próprios e potencialidades variadas, capazes de mantê-lo unido, produtivo e operacional, de modo a responder adequadamente às diferentes circunstâncias. Caberá ao monitor criar condições de tempo e espaço para que essas dimensões possam emergir.

Exemplo: Se um grupo aparenta dispersão ou falta de motivação em determinado momento, o monitor pode fazer uma avaliação pontual recuperando a história do grupo até ali, ressaltando e valorizando o caminho percorrido até então, em função das múltiplas e boas contribuições do grupo.

7 Quanto mais o monitor conseguir funcionar como um membro do grupo que detém a função de monitor, mais ele contará com a solidariedade do grupo e com a adesão às propostas conjuntas. A postura do monitor em relação aos integrantes do grupo pode influir, significativamente, nos trabalhos, favorecendo-os ou prejudicando-os.

8 Pode acontecer que alguns integrantes do grupo questionem a escolha do monitor, pelo fato de ela não ter partido do próprio grupo. Cabe ao monitor explicar tranquilamente os critérios e as razões da escolha.

9 A qualidade da participação de cada integrante no dia-a-dia de um grupo pode determinar o sucesso ou o fracasso da experiência. Cabe ao condutor (monitor) estar atento para participações adequadas que transformam o integrante em um membro ativo e entusiasta, mas às vezes eufórico e atropelador, e para as participações negativas, que se evidenciam em posturas de inibição ou de agressão. O monitor precisa ser hábil bastante para lidar com as duas situações, compreendendo-lhes as causas e “traduzindo-as” dentro do possível para o grupo, na tentativa de neutralizar-lhes o efeito. Não se trata de denunciá-las publicamente, mas de demonstrar que suas manifestações estão sendo percebidas.

Sempre que se faça necessário, o monitor pode lembrar os objetivos comuns e valorizar o esforço que todos estão despendendo na tarefa de tirar o melhor proveito da experiência.

10 Não se espera do monitor a onipotência de um “saber” que tenha sempre respostas prontas. Ele não deve furtar-se a pedir o apoio do grupo sempre que for necessário. Numa experiência educativa compartilhada por todos, essas circunstâncias são comuns e favoráveis ao êxito do grupo.



O trabalho em oficinas é o recurso mais eficaz para dar conta de um programa de capacitação de adultos que dispõe apenas de 32 horas com média de 30 participantes em cada.

A oficina, como método, é o oposto da **aula tradicional**, em que o **professor** expõe o assunto conforme uma ordem planejada e aos alunos cabe escutar e, no máximo, fazer algumas perguntas.

Na oficina, o monitor é parte integrante de um grupo e vai orientar a busca do conhecimento, que será construído pelo grupo como um todo. Cabe a ele introduzir o tema, provocar as situações que vão problematizá-lo e acompanhar, facilitando, quando se fizer necessário, as tentativas do grupo de resolvê-lo. Chamamos esses espaços de **oficinas**, pois reportam-se a situações em que as pessoas se unem em torno de tarefas, tais como a busca de novas informações e da compreensão da sua realidade. Realizar essas tarefas não se restringe a uma reflexão racional, mas envolve as pessoas de maneira integral, nas suas formas de pensar, sentir e agir. As oficinas pressupõem que os próprios participantes definam o que procuram saber e assumam responsabilidades pelo processo de aprendizagem. Entretanto, isso não significa que o monitor tenha apenas um papel passivo; ele deverá ajudar na construção de contextos de aprendizagem, ajudar os participantes na identificação do que precisam aprender e no desenvolvimento de habilidades de auto-aprendizagem.

Enquanto o grupo experimenta momentos de avanço com maior clareza de idéias ou recua, vivendo momentos de confusão ou de impasse, cabe ao monitor ir ajudando a desatar os nós, sempre deixando por conta do grupo o desafio de construir seu próprio aprendizado.

Esse esforço de descoberta e construção é um ganho a mais para o grupo, pois permite que a aquisição do conhecimento específico seja fixada não apenas pela memória, mas pela verdadeira compreensão de todos os aspectos que envolvem qualquer assunto sobre o qual seus integrantes querem saber mais.

As dinâmicas de grupo não devem ser confundidas com as oficinas como um todo porque, na realidade, elas constituem um campo mais amplo de atuação e têm objetivos mais ambiciosos, uma vez que mobilizam aspectos emocionais, ligados à afetividade e à sensibilidade do grupo. Podem ser usadas nas oficinas com a finalidade de aumentar a interação entre os participantes do grupo, ajudando-os, assim, na construção de uma identidade grupal e ampliando a visão e compreensão que cada um tem de si mesmo e dos outros.

As dinâmicas de grupo são atividades de relaxamento, brincadeiras, jogos, dramatizações, programadas para colocar em evidência aspectos subjetivos das relações grupais. No caso das oficinas de capacitação para conselheiros de saúde, as dinâmicas de grupo devem ser de curta duração e só utilizadas quando o monitor estiver bem familiarizado com elas e tiver muito claros os seus objetivos.

É indispensável que haja um planejamento cuidadoso e que o grupo se mostre disposto a participar das atividades de dinâmica. É preciso que o monitor entenda que esse pode ser um instrumento auxiliar precioso para seu trabalho, mas não deve ser imposto nem ao grupo nem a si próprio. Conhecer várias técnicas de dinâmica ajudará o monitor a selecionar a mais adequada a cada situação.

O Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde será realizado em 8 oficinas, que procurarão aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades dos Conselheiros, para que possam lidar com os conteúdos que estão sintetizados nos temas seguintes:

- OFICINA 1** OS CONSELHEIROS DE SAÚDE E SUAS REALIDADES
- OFICINA 2** OS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS
- OFICINA 3** SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL
- OFICINA 4** PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL
- OFICINA 5** PLANEJAMENTO EM SAÚDE: AGENDA, PLANO DE SAÚDE E QUADRO DE METAS
- OFICINA 6** PLANEJAMENTO EM SAÚDE: ORÇAMENTO, FINANCIAMENTO E PRESTAÇÃO DE CONTAS
- OFICINA 7** O CONTROLE DAS POLÍTICAS E AÇÕES DO SUS: MECANISMOS DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO
- OFICINA 8** AGENDA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

As oficinas foram imaginadas de modo a se desenvolverem em cima de situações-vivenciais ou de textos de apoio.

As situações-vivenciais constituem um recurso que facilita o estudo de várias realidades. São histórias, notícias ou simples exemplos, percebidos e memorizados ou registrados a partir das próprias experiências vividas. Elas concentrarão os interesses e os esforços do grupo na busca de compreensão, assimilação de conhecimentos e tentativas de solução para as questões ali apresentadas.

SITUAÇÕES-VIVENCIAIS DEVERÃO REUNIR SEMPRE OS ELEMENTOS QUE SE SEGUEM:

- ❖ Clareza na expressão de seus conteúdos.
- ❖ Foco nas dificuldades ou nos efeitos prejudiciais que as originam.
- ❖ Descrição dos segmentos atingidos por esses efeitos (gênero, classe, raça, etnia e geração etc.).

- ❖ Enumeração de tentativas de soluções existentes.
- ❖ Formulação de uma tentativa mais eficaz de resposta.

Antes da descrição pormenorizada da forma de abordar cada um desses temas, que o monitor encontrará no Guia, será necessário conhecê-los bem, buscando subsídios nas sugestões bibliográficas que o guia oferece e consultando o Guia do Conselheiro. Em várias oficinas, o monitor encontrará propostas de situações-vivenciais de que poderá lançar mão, se não preferir construir, com o grupo, suas próprias situações-vivenciais.

❖ CONCLUSÃO

Para finalizar, lembramos que, para além de domínio de técnicas e de recursos metódicos que facilitem a aplicação do programa de capacitação, é fundamental que o monitor disponha de amplos conhecimentos sobre os conteúdos de todas as oficinas planejadas. Para isso, este Guia apresenta, no seu final, uma bibliografia de suporte, e a *homepage* do Projeto de Capacitação, hospedada no *site* "<http://www.ead.fiocruz.br/conselho>", contém uma biblioteca virtual onde poderão ser encontrados textos, publicações e dispositivos legais para consulta. Amparar-se neles garantirá ao monitor, certamente, fundamentação para assumir seu trabalho.

Acreditamos também que a reflexão sobre as questões que foram propostas nesse capítulo, assim como a descrição detalhada de cada uma das oficinas que o monitor encontrará daqui por diante, lhe permitirá desempenhar a sua tarefa com segurança e desenvoltura, garantindo o máximo de aproveitamento para o seu grupo como um todo.



OFICINA 1

**OS CONSELHEIROS DE SAÚDE
E SUAS REALIDADES**

OBJETIVOS

- ❖ Apresentar o monitor, os conselheiros e a proposta do curso.
- ❖ Criar o conjunto de regras que vão constituir o contrato de convivência.
- ❖ Partilhar de forma sucinta as experiências e expectativas.
- ❖ Relacionar os problemas de saúde mais urgentes da população, com base na percepção dos conselheiros de suas realidades.

DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

Cada integrante do grupo é um indivíduo com **identidade** própria (o José que nasceu no interior e, com muito empenho, foi estudar enfermagem na cidade; a Maria que é costureira e batalha muito para deixar os filhos estudarem; o Luís Alfredo que é médico, solteiro e valoriza muito a amizade).

Cada um deles possui também outra **identidade** que lhe confere a função que desempenha como **Conselheiro de Saúde** (o José, enfermeiro, que representa no Conselho os profissionais de saúde; a Maria, que foi indicada pela Associação do Bairro para representar os usuários; o Luís Alfredo, diretor do hospital-maternidade, que representa os prestadores de serviço). É essa outra identidade que lhes permitirá organizarem-se em torno dos objetivos do Curso de Capacitação. É ela também que lhes permitirá serem membros ativos e efetivamente participantes do grupo. É, portanto, essa identidade que deve ter sua construção reforçada durante todo o curso, num processo contínuo que se deflagra nesta oficina.

A organização de um grupo de indivíduos diferentes em torno dos mesmos objetivos é que determinará a emergência da **identidade grupal**. O grupo será um grupo de verdade quando agir e se sentir como tal. Todo esse processo de integração começa nesta primeira oficina.

❖ DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

APRESENTAÇÃO DO MONITOR

O monitor dá boas-vindas à turma. Apresenta-se como alguém que foi escolhido para **fazer parte** daquele grupo, no papel de monitor. Ressalta seu contentamento e suas expectativas positivas em relação ao curso. Enfatiza que considera o curso uma oportunidade de ampliar seus conhecimentos e de se inteirar melhor das realidades. Declara seu desejo de conhecer todos que estão ali e propõe que cada um tenha 3 minutos para dizer sucintamente seu nome, o município de onde vem, qual é o segmento da população que representa e suas expectativas sobre o curso.

duração | 5-10 min

2º PASSO

APRESENTAÇÃO DOS CONSELHEIROS

Deve ser escolhida uma ordem de acordo com a maneira como a sala está arrumada. Tendo em vista que o tempo da oficina é pequeno para que todos os passos sejam cumpridos, não se aconselha a utilização de técnicas de aquecimento ou dinâmicas especiais que possam esticar demais o tempo previsto para a atividade. O monitor ainda não conhece o grupo e não vale a pena arriscar-se à resistência de algum membro que se recuse a participar de “brincadeiras”. Acredita-se ser mais seguro solicitar a apresentação formal, a não ser que o monitor disponha de larga prática em aplicação de técnicas de dinâmica de grupo.

O MONITOR DEVE PRESTAR ATENÇÃO AOS ASPECTOS SEGUINTE:

- ❖ Todos os integrantes deverão ser ouvidos por ele e pelo grupo com igual interesse.
- ❖ Nenhuma história pessoal, por mais interessante que seja, pode ampliar o tempo dado a cada um.
- ❖ Deve haver firmeza em relação aos três minutos previstos, sem atitudes rígidas ou bruscas demais: “Amigo, seu tempo está acabando. Mas olhe, nós vamos estar juntos várias vezes este mês e certamente teremos outras oportunidades de ouvir sua história toda.”
- ❖ Alguns indivíduos tentarão se apresentar, colocando em evidência suas referências pessoais, como cargos que ocuparam e trabalhos anteriores realizados, ou seja, dados que constituem sua **identidade pessoal**. O monitor pode apressá-los discretamente: “Mas,

afinal, por que e como você foi escolhido para ser Conselheiro de Saúde?”

- ❖ Este é o momento mais difícil da oficina, porque nele as características de personalidade de cada um ainda serão preponderantes sobre os interesses grupais. É também o momento em que o monitor está testando seu carisma e seu potencial de condução de um grupo. Por isso é preciso ser cuidadoso, afetuoso e acolhedor, mas firme e seguro.
- ❖ O mesmo cuidado dispensado àqueles que abusam do uso da palavra para tentar se impor à admiração do grupo deve ser dispensado aos que, ao contrário, demonstram grandes dificuldades em se expor ou dizer o que pensam. Se o monitor notar que alguém se furta a falar de suas expectativas, por exemplo, pode provocar: “Mas, e então, por que você veio fazer o curso?”
- ❖ O monitor não deve se furtar, em nome do controle de tempo, de pedir esclarecimentos para algum assunto que ignore ou que note que o grupo não conhece. “Como é mesmo? Você disse que representa o grupo XYZ? Pode explicar o que quer dizer essa sigla?”
- ❖ O monitor deve dar toda a atenção a qualquer pergunta que venha da platéia, desde que ela se refira ao que o colega expõe, no momento. “Olhe, nosso companheiro ali não sabe o que é a Associação Beneficente dos Anciãos Indignados. Explique-nos, por favor.” Deve, também, anotar no quadro, de forma sintética, as expectativas mencionadas, para, ao apresentar a proposta do curso, explicitar os aspectos que serão contemplados e os que não serão.

NUNCA É DEMAIS REPETIR QUE:

É preciso que fique bem claro para todos os integrantes do grupo que os objetivos do grupo não exigem interesses concentrados em suas pessoas, mas sim em sua participação social como Conselheiros de Saúde e na representatividade de seu mandato. Dessa forma, cada um estará reconstruindo sua identidade de Conselheiro.

duração | 1 h e 30 min

3º PASSO**APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DO CURSO**

Encerrada a apresentação dos Conselheiros, o monitor agradecerá e informará que naquele momento é preciso conversar sobre os objetivos do curso e definir alguns aspectos do funcionamento das oficinas. Caso ele deseje, pode levar algum quadro de fácil entendimento, que enumere os assuntos que serão tratados. Quadros ou transparências podem ser instrumentos auxiliares da exposição do monitor, mas não a substituem. Lê-los, também, não adianta. O monitor deve estruturar sua exposição de maneira objetiva, não se esquecendo de que sua fala deve responder às seguintes questões:

- ❖ Por que esse curso foi criado?
- ❖ Que objetivos tem?
- ❖ Como está previsto que funcione (nº de oficinas, carga horária, nº de participantes etc.)?

O monitor deve expor, então, a necessidade de que se estabeleça um “contrato de convivência” para o bom funcionamento do curso naquele grupo e convidará os participantes a opinar sobre ele.

duração | 15 min

4º PASSO**DISCUSSÃO DO CONTRATO DE CONVIVÊNCIA**

O contrato de convivência é o conjunto de regras que vão determinar o funcionamento do grupo. Dele devem constar a distribuição de responsabilidades, o estabelecimento de horários e a concordância em torno da obrigatoriedade da frequência. Caberá ao monitor encaminhar ao grupo esses assuntos, procurando ouvir suas sugestões.

O monitor deve preparar para esse momento, antecipadamente, um quadro com o título do curso e o programa completo, ou seja, a relação dos assuntos que serão tratados em cada oficina. Ao apresentá-lo, deve ter como referências as expectativas mostradas pelos Conselheiros no momento da apresentação e esclarecer quais e em que medida vão ser contempladas, ou não, no curso.

Caso haja espaço e possibilidade de fixação nas paredes laterais, o quadro poderá permanecer ali exposto, pelo tempo que durar o curso todo. Assim, no início e na avaliação de cada dia, será possível recorrer a ele, para relembrar ao grupo os seus objetivos, ao mesmo tempo que permitirá medir o que foi ou não aprendido.

No que diz respeito à distribuição de responsabilidades, o monitor deverá, em primeiro lugar, anunciar que, em cada oficina, vai precisar de três pessoas que o ajudem, uma como coordenador do grupo e outras duas como relatores dos trabalhos da oficina.

Ao coordenador caberá ajudar o monitor em todas as atividades, na distribuição, na arrumação e no recolhimento de materiais. Poderá também desempenhar outras tarefas que a dinâmica do grupo exigir, como a inscrição de pessoas que querem falar, o controle do tempo e a contagem de votos.

Aos relatores, caberá anotar o que se passa no grupo naquela oficina e que deverá constituir o relatório entregue ao monitor no final da oficina. O monitor avisará que esses papéis mudarão em todas as oficinas, para que não pesem apenas sobre alguns as responsabilidades do grupo. O monitor poderá levar crachás, para que os integrantes usem enquanto dure o desempenho de sua função.

Os horários – e a conseqüente obrigação de respeitá-los, assim como a obrigatoriedade da frequência – também são termos do contrato que devem ser discutidos por todos.

Quase sempre, esses cursos estarão sendo realizados em espaços comunitários, como clubes, salões de paróquias, quadras esportivas, escolas etc. É fundamental que alguém se ocupe de providenciar a chave para a abertura do espaço. É bom que o encarregado da chave tenha um substituto com quem se possa comunicar facilmente. Caso o curso se passe em espaços públicos ou em locais que tenham um encarregado permanente, caberá aos responsáveis a tarefa de avisar ou lembrar ao “dono da chave” a realização das oficinas. Nada é mais frustrante para um grupo que uma atividade que não se realiza por causa de “sala fechada”.

As discussões sobre o contrato de convivência devem ser realizadas em plenária, através de inscrições feitas à mesa e anotadas pelo coordenador. A condução desse processo exige do monitor a mesma postura que adotou durante a apresentação:

❖ ATENÇÃO.

❖ OBJETIVIDADE.

❖ FIRMEZA.

❖ SEGURANÇA.

As regras do contrato de convivência, sintetizadas, podem ser resumidas no quadro por um dos relatores. No final, ele mesmo poderá relê-las, e o grupo deverá confirmar sua aprovação em relação a elas.

duração | 10-15 min intervalo | 10 min

5º PASSO

LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS E DOS ESTADOS

O monitor começará dizendo que agora que todos já dispõem de informações sobre os outros, sobre o curso, e que já concordam com a forma pela qual as oficinas vão funcionar, o grupo pode partir para investigar os problemas de saúde que aparecem

como mais urgentes e que causam maior incômodo aos habitantes, nos municípios ali representados. Pede, por isso, que os participantes pensem na **realidade** que vivenciam em suas cidades, e que escrevam, em uma folha de papel ou cartão (que pode ou não ser distribuída), os três problemas que consideram mais aflitivos para a população. Para isso terão 5 min e não deverão se comunicar com os parceiros, para não influenciá-los. Dúvidas podem ser tiradas, individualmente, pelo monitor. Os Conselheiros estaduais podem construir suas listas com base em situações ocorridas nos diferentes municípios que fazem parte de seu estado.

Quando perceber que todos acabaram, o monitor proporá que se dividam em três subgrupos de dez pessoas, usando o critério de proximidade e de intercâmbio nos serviços de atendimento entre municípios ou distritos que representam. O monitor e o coordenador poderão ajudar na divisão.

O espaço deverá ser dividido de modo que os subgrupos possam trabalhar com autonomia, atrapalhando o mínimo possível uns aos outros.

O monitor pedirá que cada subgrupo escolha um coordenador e um relator. Cada subgrupo levará três cartões (previamente preparados pelo monitor) e um pincel atômico.

O monitor pedirá que cada subgrupo procure analisar quais, entre os problemas listados, aparecem de forma mais recorrente em suas listas. Sugerirá também que conversem um pouco sobre outros problemas que percebem em seu município e que têm relevância epidemiológica (ex.: aumento significativo de casos de aids na região, crescimento dos casos de mortes maternas, precariedade do atendimento hospitalar que obriga os pacientes a se deslocarem para outros municípios ou quaisquer outros problemas que os Conselheiros possam apontar, justificando a inclusão em suas listas). O subgrupo deve selecionar três problemas relacionados à saúde que serão escritos nos cartões.

Caberá ao coordenador de cada subgrupo organizar o material inicial produzido, ou seja, dez listas com três registros cada. Ele deve criar um mecanismo de contagem e anotação das recorrências. Caberá ao relator anotar esse resultado.

As relevâncias de problemas identificados serão defendidas e justificadas pelos seus proponentes, mas só incluídos nos cartões se o subgrupo concordar. Caberá ao relator proceder ao registro das diferentes etapas do processo, inclusive escrevendo os problemas escolhidos finalmente nos cartões.

No período em que durar o trabalho dos três subgrupos, o monitor pode circular, tirando dúvidas e facilitando os processos. O coordenador deverá ter retornado a seu lugar desde o início da atividade, para participar dela como integrante. Os relatores também.

Preferencialmente, nenhum dos três deve ocupar função semelhante no subgrupo. Quando todos os subgrupos tiverem terminado, os relatores dos respectivos subgrupos serão convocados para afixar no quadro os 9 cartões prontos.

Caso haja coincidência ou proximidade entre os problemas mencionados, os relatores devem superpor os cartões coincidentes, uns sobre os outros.

A partir daí os subgrupos deverão se desfazer, reconstituindo o grupo inicial.

duração | 40 min-1 h

6º PASSO

CONCLUSÃO DA ATIVIDADE

O monitor deverá dirigir-se ao grupo. Nesse momento, pede que o coordenador leia em voz alta os resultados do trabalho de **investigação** das situações de **realidades**, através do **levantamento dos problemas** a que acabam de proceder.

- ❖ Ressalta a importância dessa investigação para o sucesso do curso.
- ❖ Lembra como é imprescindível que um Conselheiro de Saúde conheça sua realidade para o desempenho de sua função.
- ❖ Faz o grupo compreender que a carga horária do curso não permitirá que se construam soluções para cada um daqueles problemas específicos, mas que o curso prevê, justamente, estudos de **situações** semelhantes através dos quais se possam construir mecanismos de encaminhamento que contribuam para soluções dos problemas relatados.

duração | 15 min

7º PASSO

AVALIAÇÃO

É bom que, nessa primeira oficina, o monitor fale primeiro para objetivar a discussão. O monitor, brevemente, recordará o histórico daquela oficina, buscando conhecer a satisfação dos participantes com o desempenho do grupo. Pedirá, a cada um que deseje, um breve comentário de avaliação sobre a oficina. O monitor deverá chamar a atenção para os aspectos positivos de:

- ❖ Conhecerem-se, agora, melhor.
- ❖ Conhecerem melhor os objetivos do curso.
- ❖ Terem chegado a um acordo das regras sob as quais vão trabalhar.
- ❖ Terem podido executar juntos uma tarefa de investigação da realidade.

- ❖ Conhecerem melhor, agora, os problemas dessa realidade.
- ❖ Terem desempenhado papéis novos, imprescindíveis ao bom funcionamento do curso.

Caso o grupo tenha conseguido cumprir parcialmente os objetivos, o monitor deve registrar e comentar o fato, apontar suas possíveis causas e propor um esforço mútuo no sentido de aprimorar o desempenho do grupo, na próxima oficina, valorizando os resultados alcançados.

duração | 30 min

8º PASSO

ENCERRAMENTO

Terminada a avaliação, o monitor agradecerá a colaboração de todos, agradecerá àqueles que, como coordenador e relatores, o ajudaram a conduzir a oficina e anunciará a próxima, dizendo qual será o seu tema e seu horário. Combinará com os relatores como será realizado o relatório, que deverá ser lido na oficina seguinte.

duração | 5 min



OFICINA 2

**OS PROBLEMAS DE SAÚDE
DA POPULAÇÃO E AS POLÍTICAS
PÚBLICAS**

OBJETIVOS

- ❖ Aprofundar o conhecimento sobre os problemas de saúde relacionados.
- ❖ Identificar as iniciativas/intervenções sociais para resolvê-los.
- ❖ Situar o papel do Conselho de Saúde nesse contexto.
- ❖ Apontar os assuntos tratados no Conselho.
- ❖ Perceber-se como Conselheiro em face dos objetivos assinalados.
- ❖ Partir de uma situação-vivencial e discutir soluções, atores e responsabilidades.

DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

Através do estudo em subgrupo de uma situação-vivencial, a oficina deve proporcionar a todos a oportunidade de se apropriar melhor de alguns conceitos como “saúde”, “bem-estar”, “qualidade de vida”, “prevenção” e outros, assim como dos mecanismos (políticas públicas) de que se dispõe para evitar ou combater as causas que a provocam (doenças, epidemias, desnutrição, pobreza etc.).

As atividades devem possibilitar a identificação das instâncias governamentais responsáveis pela elaboração e execução das políticas públicas, do mesmo modo que devem permitir a discussão das formas intermediárias e alternativas que contribuem para a solução do problema.

O papel dos Conselhos e seus Conselheiros, suas possibilidades e seus limites deverão ser ressaltados.

DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

Leitura do relatório do encontro anterior. Aprovação do relatório pelo grupo.

duração | 5 min

2º PASSO

Indicação pelo grupo do novo coordenador e dos 2 relatores da oficina.

duração | 5 min

3º PASSO

DINÂMICA DE GRUPO

O monitor lança mão de uma dinâmica que proporcione a integração do grupo. Na dinâmica, cada um deverá apresentar outro colega, à sua escolha. Deve acrescentar, depois do nome do colega, uma “qualidade” que já percebeu que ele possui e que comece com o mesmo som de seu nome. **Exemplo:** “Esse é o Carlos, cooperador, caprichoso” (basta uma palavra). “Essa é Mazé, metódica”, e assim por diante.

Caberá ao monitor começar o processo, e os outros devem continuar até que todos sejam escolhidos. O último apresenta o monitor. Cada pessoa só pode ser escolhida uma vez.

ESSA DINÂMICA TEM OS OBJETIVOS DE:

- ❖ Aumentar a percepção do outro
- ❖ Aumentar a integração do grupo
- ❖ Ampliar o vocabulário e facilitar a expressão oral

Caso haja a possibilidade de encaminhar proposta a seguir, o tempo dessa apresentação deve ser reduzido.

3º PASSO (ALTERNATIVO)

DISCUTINDO CONCEITOS BÁSICOS EM SAÚDE, OS PROBLEMAS E SUAS CAUSAS

Caso o curso disponha de recursos audiovisuais ou outros (música, vídeo, transparências, poesia etc.), o monitor poderá utilizá-los para discutir o tema da oficina.

Lembre-se de que, para usar qualquer recurso, o monitor deve estar apto e se preparar para lidar com essa possibilidade técnica. É aconselhável verificar o material e o equipamento a ser utilizado, para evitar surpresas desagradáveis e frustrantes.

duração | 30 min

4º PASSO

LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE, SUAS CAUSAS, EFEITOS E RESPONSABILIDADES NA SOLUÇÃO

Com os problemas relacionados e registrados nos cartões na oficina anterior novamente afixados no quadro, o monitor chamará a atenção para a impossibilidade de

estudar cada um deles e proporá que o grupo escolha apenas um. Os critérios de escolha podem ser definidos pelo próprio grupo, embora o monitor possa orientá-los, chamando a atenção para aqueles que demonstrarem maior interesse para o trabalho.

Nas considerações pedagógicas constantes no início deste Guia, o monitor encontra os principais elementos que constituem uma situação-vivencial. No contexto da oficina, cabe-lhe explicá-los para o grupo. Pode talvez levar um quadro ou transparência onde apareçam, resumidos:

- ❖ Descrição da história.
- ❖ Causas conhecidas ou supostas.
- ❖ Benefícios ou prejuízos.
- ❖ Soluções já tentadas.

Escolhido um problema entre os relacionados pelo grupo na oficina anterior, o monitor pedirá que se organize brevemente uma pequena história envolvendo o problema selecionado. Essa história de situação-vivencial deve dar conta de “descrever” a situação apontada e conter os elementos previstos no quadro, ou seja: descrição da história; causas conhecidas ou supostas; efeitos e vítimas; e soluções já tentadas.

A descrição sucinta da história pode ser anotada no quadro pelo relator. Será, depois de pronta, copiada pelo relator do grupo.

É possível que em alguns casos os participantes não consigam construir eles mesmos a situação-problema, mesmo que ajudados pelo monitor. Neste caso, o monitor pode pedir que se escolha uma entre as três sugestões encontradas no Guia.

Solicitará que ouçam com atenção as sugestões – que deverão ser lidas por ele e pelos dois relatores –, que escolham entre elas a que mais se aproxima de sua experiência e que registrem seus votos. O coordenador anotarás as indicações, identificando as histórias lidas com os números 1, 2 e 3.

A segunda opção de trabalho – escolha de situações-vivenciais no Guia – só deve ser usada se ficar evidente a impossibilidade do grupo de construir sua própria historinha ou no caso de o monitor se sentir absolutamente inseguro para guiar o grupo nessa construção.

Nesse caso, será preciso convencê-los de que essas histórias (situações-vivenciais sugeridas pelo Guia) têm muitos pontos em comum com os problemas que eles identificaram e selecionaram na oficina anterior.

duração | 30 min

SUGESTÕES DE SITUAÇÕES-VIVENCIAIS:

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA

Há uns seis meses, Seu José não vem passando bem, queixando-se de cansaço, câibras, tremores no corpo que começam pela face e dor de cabeça. Como ele trabalha de segunda a sábado até 19 horas, resolve ir à noite diretamente ao pronto-socorro do Hospital Municipal, pois neste horário os postos de saúde já estão fechados. Depois de muita confusão (o guarda não queria deixá-lo entrar, pois alegava que o pronto-socorro era para atender gente que estivesse muito mal, com sangramento, parindo ou desmaiando), conseguiu entrar e obter uma ficha para atendimento. Com a ficha na mão, ele teve que aguardar mais de uma hora. Finalmente, foi chamado pelo doutor de plantão, que foi logo perguntando por que ele não tinha ido mais cedo ao pronto-socorro e há quanto tempo ele estava doente. Ao responder que começara a passar mal há 6 meses, mas que somente nos últimos dias tinha piorado, foi advertido pelo doutor, que disse ser um absurdo ele estar doente há tanto tempo e só agora vir procurar atendimento em um pronto-socorro, quando seu caso não era de urgência.

Seu José começou a contar suas queixas. O doutor nem mediu a pressão de Seu José, foi logo receitando uns remédios e preenchendo um encaminhamento para marcação de consulta no posto de saúde próximo da sua casa.

No dia seguinte, Seu José foi, na madrugada, para o posto, que abriu às 8 horas com uma grande fila. Ele foi uma das 16 pessoas que conseguiram uma senha para serem atendidas. Após esperar mais de 2 horas, foi chamado pela auxiliar de enfermagem para entrar no consultório médico. Ele relatou as suas queixas ao médico. Este, então, examinou, palpou, auscultou os pulmões e o coração, mediu a pressão,

anotou algumas coisas na ficha de atendimento, dirigiu-se a Seu José e disse que não parecia haver nada de anormal, mas que estava passando umas vitaminas e um remédio para ele tomar, quando tivesse dor de cabeça. O doutor não perguntou nada a Seu José.

Passados uns 15 dias sem qualquer melhora e cada vez mais fraco, com tremores e a dor de cabeça que já não passava com o remédio receitado, ele resolveu procurar a equipe de saúde de um outro posto onde ele ficara sabendo que era desenvolvido um trabalho na área de saúde do trabalhador. Seu José, lá chegando, foi bem recebido pela equipe e relatou suas queixas ao médico, que logo lhe perguntou: “O senhor trabalha em quê e o que faz?”. Seu José disse que trabalhava nas plantações de tomate na fazenda do Senhor Nazareno, aplicando agrotóxico para matar as pragas que atacam os tomateiros. Não usava qualquer tipo de equipamento de proteção e costumava levar para casa os garrafrões de plástico que contêm os produtos tóxicos para levar água ao trabalho ou guardar outras coisas. O médico disse acreditar que a doença dele era provocada pelo agrotóxico, mas a única forma de ter certeza era ele ir para a capital e fazer alguns exames no hospital da universidade, pois lá tinha uma equipe que trabalhava com problemas ligados à saúde dos trabalhadores. Disse, ainda, que ele procurasse a Secretaria Municipal de Saúde e solicitasse ajuda para ir se tratar fora, pois era responsabilidade da prefeitura garantir apoio, já que não dispunha de condições para oferecer o tratamento na cidade onde ele morava. Depois de levar o caso ao conhecimento da Secretaria de Saúde e do preenchimento da Guia de TFD (Tratamento Fora do Domicílio), Seu José partiu para a capital.

FALTA DE SANEAMENTO BÁSICO

Entre os meses de abril e junho de 2001, morreram 15 pessoas em um bairro da periferia da cidade, adultos e crianças, de ambos os sexos, a maioria com um quadro de febre, dor de cabeça e manchas na pele. O bairro com 4.500 habitantes não tem água encanada, esgoto ou coleta de lixo regular. Também não tem serviços de saúde e suas ruas não são pavimentadas. É considerado o bairro de pior qualidade de vida da cidade.

Em maio, quando já havia 10 pessoas mortas sem diagnóstico claro, instala-se o pânico entre os moradores. Famílias abandonam as suas casas e seu comércio. Qualquer dor de cabeça é motivo de desespero. Formam-se filas nas portas de ambulatórios e hospitais da cidade.

Moradores se organizam e fazem manifestação em frente à prefeitura. A calamidade “estoura” nas manchetes dos jornais. Então já havia 13 mortos, três deles com diagnóstico de meningite meningocócica. Como as demais mortes permaneciam com causa ignorada, os técnicos do Serviço de Vigilância Epidemiológica do Estado chegaram a suspeitar de algum tipo de doença “emergente” desconhecida.

O secretário estadual de Saúde nega a existência de epidemia de meningite, pois em todo o estado, até esse período do ano, diz ele, o esperado é até 160 casos desta doença. Mesmo com a ocorrência

das mortes em território bem delimitado, ou seja, o bairro da periferia, as autoridades não queriam assumir a gravidade do problema, tratando-o como “situação esperada”.

O prefeito da cidade declara então que “a cidade tem cerca de 100 mil habitantes. Em 90 dias, morreram 13 pessoas. Dentro do esperado para meningite, esses casos ainda são poucos”, arremata ele. Um morador, revoltado, disse que “se para ele é pouco, para mim, que perdi esposa e filha, foi tudo.”

No dia seguinte, o prefeito pede desculpas, dizendo-se mal interpretado, e promete obras e atenção à saúde.

No final de junho, ocorrem mais duas mortes com as mesmas características. É então nesse momento que a Coordenação de Controle de Vetores da Vigilância Sanitária do Estado constata a triste realidade: no bairro existiam 20 ratos para cada cidadão. Não havia nada de novo: a peste era o descaso. A maioria das mortes, nem todas esclarecidas, foi por leptospirose, doença infecciosa transmitida pelo rato.

Precisou-se de uma tragédia para que fossem feitas as obras de esgoto, reivindicadas pelo povo e prometidas em campanha. Uma moradora declara que, “se tivessem tomado providências quando a minha filha morreu, não teria acontecido toda essa mortandade.”

RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO NO SUS: O PROBLEMA DA FALTA DE LEITOS HOSPITALARES

O problema principal daquela cidade é a falta de assistência na hora da doença. O único hospital que existe, o Santa Lúcia, é do grupo de médicos e, como eles acham que o SUS paga pouco, destinam apenas vinte dos seus oitenta leitos para os pacientes do SUS. Com isso, a população sofre e o prefeito tem que mandar, a toda hora, os doentes para serem atendidos em outro município vizinho.

Esse assunto já foi discutido no Conse-

lho e já houve uma proposta de aumentar os leitos credenciados para o SUS no Hospital Santa Lúcia para atender melhor os moradores. No entanto, os proprietários não aceitaram essa ampliação de vagas para o SUS. Um Conselheiro propôs então o credenciamento total do hospital, o que também não foi aceito pelos donos, pois alegaram que, dessa forma, o hospital iria à falência, pois quem sustentava o “básico” era o SUS. Por outro lado, o secre-

tario de Saúde, bem como o prefeito, apóiam os médicos proprietários do hospital e concordam que o SUS paga pouco. Para eles, é um certo incômodo ter que mandar a ambulância levar os doentes para a outra cidade todos os dias. Apesar disso, ainda acham a melhor solução.

Para a população, é sofrimento e risco. Há histórias de crianças nascendo no meio do caminho, doentes que não agüentam a distância da viagem e morrem antes de chegarem ao socorro, o mesmo acontecendo com os acidentados.

5º PASSO

ESTUDO DA SITUAÇÃO-VIVENCIAL

Decidida a situação-vivencial sobre a qual todos vão trabalhar, o monitor pedirá que se dividam novamente em subgrupos, que devem ser os mesmos da véspera. Repetir que o subgrupo deverá escolher seu coordenador e seu relator, que não devem ser os mesmos da sessão anterior. Utilizar a situação-vivencial do Guia que foi selecionada, e se ela tiver sido construída pelo grupo, solicitar que o relator a escreva.

Lembrar, apontando o quadro, que o estudo aprofundado da história deverá permitir que se reconheçam suas causas, seus efeitos e os encaminhamentos de soluções, relacionando-os às questões fundamentais da política de saúde.

O monitor poderá, nesse caso, apresentar um quadro mais detalhado, repassando com o grupo alguns aspectos que deverão constar da investigação que vão fazer:

- ❖ Causas aparentes da situação.
- ❖ Causas subjacentes a essa mesma situação.
- ❖ Mecanismos formais de intervenção (instâncias governamentais envolvidas e responsáveis).
- ❖ Mecanismos informais criados com base na prática cotidiana.
- ❖ Mecanismos desenvolvidos por estruturas intermediárias – o papel dos Conselhos e de outras entidades.
- ❖ Procedimentos que o Conselheiro deve adotar diante da situação.
- ❖ Sugestões de solução ou de encaminhamentos.

duração | 50 min intervalo | 10 min

6º PASSO

APRESENTAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DOS RESULTADOS DOS RELATÓRIOS DOS SUBGRUPOS

Prontos os relatórios, o monitor pedirá que cada subgrupo apresente o seu, por meio de seu relator.

Caberá ao monitor aproveitar os conteúdos dos relatórios para ressaltar as questões fundamentais sobre as políticas públicas, em especial a política de saúde, utilizando recursos visuais, além de sistematizar as conclusões e propostas apresentadas. Ele deve também estar atento ao fato de que esses relatórios irão certamente remeter o grupo a discussões sobre cidadania, dispositivos legais, relação entre poderes, gênero ou outros quaisquer. O monitor deve estar preparado para isso.

É importante que o monitor aproveite para levar o grupo a compreender a sua **responsabilidade** na solução dos problemas e que evite que essas mesmas responsabilidades sejam pura e simplesmente transferidas às instâncias governamentais.

Cada relator de subgrupo deverá ler o relatório respectivo, produzido pelos colegas.

Em cada um deles deve haver uma análise da situação-vivencial que inclua os elementos supracitados e alguns encaminhamentos para sua solução.

O relator da oficina, dividindo o quadro em três espaços, pode ir anotando aspectos que serão retirados do que for sendo dito nas três colunas diferentes, riscadas no quadro.

1ª COLUNA – RESPONSABILIDADES

Nessa coluna serão anotadas as instâncias políticas apontadas como responsáveis pela situação que se instalou e as que podem ter algum sucesso em sua solução. Ex.:

❖ SECRETARIA MUNICIPAL	❖ VIGILÂNCIA SANITÁRIA
❖ PREFEITURA	❖ CONSELHO DE SAÚDE
❖ MINISTÉRIO DA SAÚDE	❖ RECURSO COMUNITÁRIO ALTERNATIVO
❖ UNIDADE DE ATENDIMENTO (HOSPITAL, CENTRO DE SAÚDE, OUTROS)	❖ OUTROS

2ª COLUNA – ATRIBUIÇÕES

Dentro de vários órgãos ou instituições a quem cabe a responsabilidade dos problemas, existem pessoas em cargos ou funções específicas que deveriam se ocupar deles de forma direta. Conhecer esses mecanismos burocráticos exigidos abrevia o tempo gasto na demanda de soluções.

A que pessoa, ocupando que tipo de cargo e de função, caberá se envolver na resolução do problema?

➤ PREFEITO	➤ DIRETOR DA UNIDADE
➤ MINISTRO	➤ CONSELHEIRO DE SAÚDE
➤ SECRETÁRIO	➤ PARTEIRA
➤ GESTOR DO PROGRAMA	➤ OUTROS

3ª COLUNA – AÇÕES POSSÍVEIS E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-VIVENCIAL

Aqui deverão ser listadas as formas que o grupo considera como meios de resolver as questões:

➤ ENCAMINHAMENTO AO SECRETÁRIO DE SAÚDE	➤ MANIFESTAÇÃO POPULAR
➤ REGISTRO DO FATO NA SAÚDE PÚBLICA	➤ CONTATO E BUSCA DE APOIO DO MINISTÉRIO PÚBLICO
➤ DENÚNCIA NO ÓRGÃO COMPETENTE	➤ REUNIÃO EXTRAORDINÁRIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE
➤ CONTATO COM A ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA	➤ OUTROS

As duas primeiras colunas, uma vez preenchidas, deverão fornecer um panorama de todos os **agentes** que estão implicados no processo em face das diretrizes do SUS, incluindo-se aí a população usuária dos serviços.

Caso algum dado relevante para a solução do problema não seja mencionado em nenhuma das duas primeiras colunas, assim como se algum tipo de encaminhamento que o monitor considere possível for omitido, cabe a ele lembrá-los e incluí-los nas propostas.

Contradições entre os relatórios devem ser demonstradas e discutidas democraticamente com os autores. Uma pessoa de cada subgrupo deve representar o seu subgrupo na defesa de seus pontos de vista.

Por fim, caberá ao monitor sistematizar os produtos dos três relatórios, fazendo uma abordagem rápida e objetiva do que foi possível concluir com aquela atividade.

Atenção – Como nem sempre o coordenador terá argúcia ou presteza para registrar todos os dados que forem aparecendo nos relatórios, ele pode ser auxiliado pelo monitor, que lhe lembrará alguma omissão. Aparecerão, certamente, sugestões de outros integrantes dos subgrupos, que devem ser bem-vindas.

A atividade deverá se encerrar, e o grupo voltará a funcionar como um só.

duração | 1 h 20 min

7º PASSO

AVALIAÇÃO

Nesse momento, vai-se proceder à avaliação geral de todas as atividades da oficina. O monitor deve passar a palavra à turma para que se manifeste primeiro, mas terá que estar atento ao tempo, que a essa altura já será curto. Devem falar todos **que desejarem**. Se o monitor notar que estão se repetindo, pode, delicadamente, lembrar a escassez de tempo e perguntar se alguém tem algum comentário a fazer que seja diferente dos que já foram feitos até então.

No momento em que tome a palavra para fazer a avaliação, o monitor deve relembrar brevemente os conteúdos estudados, discutidos e problematizados, demonstrando o que foi possível aprender e fixar sobre eles.

Deve também estimular o espírito cooperador da maioria do grupo e lamentar, se for necessário, atitudes de dispersão ou displicência (sem personalizá-las) que tenham causado mal-estar ao grupo. Deve enfatizar sua expectativa de que o próximo encontro seja ainda melhor e mais proveitoso.

Se o monitor tiver sofrido críticas na avaliação por conta de alguns participantes, deve fazer uma autocritica, reconhecer erros apontados, tentando justificá-los ou até reafirmando-os como necessários ao bom andamento do grupo.

Exemplo: “Você é muito apressado, assim a gente fica nervosa e nem tem tempo de lembrar o que quer dizer.” “É verdade. Todos estamos com pouco tempo para tudo que queremos perguntar, discutir, aprender. Infelizmente, me cabe esse papel antipático de ficar controlando o tempo. Nas próximas vezes, vou tentar ser menos ansioso, mas não tenho outro jeito.”

duração | 30 min

8º PASSO

ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES

O monitor encerra os trabalhos agradecendo a participação de todos e anunciando o tema sobre o qual versará a próxima oficina. Lembra horários e a necessidade de elaboração do relatório. Enquanto o grupo se retira, o monitor pode ajudar o relator incumbido de redigir o relatório, oferecendo-lhe subsídios.

duração | 5-10 min



OFICINA 3

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E
CONTROLE SOCIAL

OBJETIVOS

- ❖ Identificar, no funcionamento do SUS, questões relativas aos princípios (acesso, equidade e integralidade), à organização (municipalização) e ao modelo assistencial.
- ❖ Compreender o papel do Conselheiro de Saúde diante dos problemas detectados no SUS.

DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

Na Oficina 3 devem ser relacionadas questões relativas aos princípios do SUS – acesso, integralidade, equidade, universalidade, descentralização, controle social etc. – para que possam ser explicitadas com clareza suas intenções, operacionalidade e situação atual.

Os diferentes níveis de implementação do SUS, em regiões e locais diversos do País, serão postos em questão, à luz da experiência dos Conselheiros em face das propostas de descentralização (municipalização) e regionalização.

Devem ser esclarecidas também as funções de um Conselheiro de Saúde e discutidas, especificamente, as naturezas de cada uma dessas funções:

- ❖ Participação na formulação de políticas públicas.
- ❖ Fiscalização do funcionamento dos serviços.
- ❖ Controle da definição e da aplicação das verbas requeridas e das despesas autorizadas pelas secretarias municipais ou estaduais de Saúde.

DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

Leitura e aprovação do relatório da oficina anterior.

duração | 5 min

2º PASSO

Definição do coordenador e dos relatores da oficina, obedecendo à rotina já testada na oficina anterior.

duração | 5 min

3º PASSO

O monitor inicia as atividades da oficina, recordando rapidamente os aspectos já vistos. Não se trata de repetir o que está no relatório, mas de sintetizá-lo em palavras informais, ligando-o ao tema da oficina que começa agora.

Nessa fala, podem ser ressaltadas a multiplicidade das instâncias políticas responsáveis pelo atendimento à saúde e a falta de integração entre suas ações, enfatizando a necessidade de se compreender melhor as diretrizes do SUS e de questionar seus graus diferentes de implantação.

duração | 5 min

4º PASSO

Nesse momento, o monitor escreve no quadro ou pede que o relator escreva, enquanto ele está falando, no 3º passo, quatro referências do tipo:

- ❖ A saúde na Constituição de 1988.
- ❖ SUS e seus princípios.
- ❖ Reforma Sanitária.
- ❖ Conselhos de Saúde.

Podem ser essas ou outras questões que o monitor ache importante para apurar ou avivar os conhecimentos que os Conselheiros tenham sobre os assuntos. Para isso, pede que se apresentem quatro voluntários dispostos a explicar em 3 minutos, no máximo, cada um deles. Não importa que as respostas não venham completas ou pareçam desestruturadas. O monitor deve evitar que todos falem ao mesmo tempo, pedindo que ouçam com atenção cada um dos companheiros.

Ao fim de cada exposição, o monitor perguntará à platéia:

“Todos estão de acordo com o que o X disse? Ótimo!”. Ou então: “Você discorda? Por quê?”

Serão, evidentemente, necessárias e aceitas correções quando a exposição contiver conceitos errados. Complementá-las, entretanto, não é necessário senão através de intervenções breves, sintetizando os pontos fundamentais sobre a temática da oficina, para fixação dos Conselheiros (princípios e diretrizes do SUS).

O que se pretende verificar com essa atividade prévia é o grau de conhecimento de que o grupo dispõe sobre o SUS, sua história e seu funcionamento. Quando o último voluntário tiver concluído sua explicação, o monitor deve passar imediatamente ao passo seguinte.

duração | 25 min

5º PASSO

ESTUDO E DISCUSSÃO DE SITUAÇÕES-VIVENCIAIS

O monitor propõe que o grupo se divida em subgrupos para estudar, cada um, uma das três situações-vivenciais que o Guia oferece como sugestão.

Não será prudente deixar que o subgrupo escolha o seu texto predileto, porque isso poderá acarretar insatisfações e disputas incontornáveis, além do risco de algum tema importante não ser abordado. É preferível que o monitor indique os textos para os subgrupos. Pode ser usada a alternativa do sorteio através de papezinhos dobrados contendo o número da situação, que devem ser retirados por um dos integrantes de cada subgrupo.

Os subgrupos devem funcionar como sempre, escolhendo o coordenador e o relator. Ao coordenador caberá a leitura da situação-vivencial, indicada pelo monitor ou selecionada por sorteio.

A cada subgrupo será solicitado que estude a situação-vivencial, procurando compreender bem as questões que ela propõe e as possíveis soluções para os problemas identificados.

As três situações-vivenciais, obviamente, abordarão aspectos diferentes da complexidade que caracteriza o funcionamento do SUS (acesso universal, integralidade, relação entre setor público/privado no âmbito do SUS), exigindo cada uma, por sua vez, reflexão, aprofundamento e tentativas de solução para problemas específicos.

Assim, os subgrupos disporão de uma hora para estudar as situações-vivenciais identificando:

- ❖ causas aparentes da situação;
- ❖ causas subjacentes a essa mesma situação;
- ❖ mecanismos formais de intervenção (instâncias governamentais envolvidas e responsáveis – comissões intergestoras bipartites e tripartites);
- ❖ mecanismos informais criados com base na prática cotidiana;
- ❖ mecanismos desenvolvidos por estruturas intermediárias – o papel dos Conselhos e de outras entidades;

- ❖ procedimentos que o Conselheiro deve adotar diante da situação;
- ❖ sugestões de solução ou de encaminhamento.

duração | 1 h 10 min intervalo | 10 min

6º PASSO

APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS

Prontos os relatórios, o monitor pedirá que o relator de cada subgrupo apresente o seu.

duração | 1 h

SUGESTÕES DE SITUAÇÕES-VIVENCIAIS:

RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO

Na gestão passada da prefeitura, o secretário de Saúde foi firme: cumpriu o que manda a Constituição sobre o dever do Estado de assegurar a atenção à saúde para a população. Implantou laboratórios públicos com vários serviços de melhor qualidade que os oferecidos pelos laboratórios particulares; o hospital privado contratado sofreu uma redução no número de leitos contratados, mas isso não fez falta, pois ele duplicou a capaci-

dade do hospital municipal e também aumentou o número de centros de saúde.

Agora, a situação se inverteu: o atual secretário parou de investir na área de saúde. Nem alimentação é servida no hospital. Enquanto isso, contratou serviços do Hospital da Aliança, pertencente ao grupo de médicos da cidade. O representante dos trabalhadores de saúde levou o problema para discussão no Conselho.

ACESSO UNIVERSAL

No Município de Bom Retiro, a população está contente com os serviços de saúde. Nos últimos quatro anos, o secretário de Saúde caprichou, pois a condição de gestão plena do sistema municipal, conquistada pelo município há dois anos, permitiu que todos os habitantes do lugar tivessem mais centros de saúde e mais leitos hospitalares. E tudo com melhor qualidade do que antes: tem remédio, tem exames, tem bom atendimento. Recentemente, um grupo de aproximadamente 1.800 trabalhadores sem-terra acampou em uma fazenda improdutiva da região, dentro do município. Eles querem terra para trabalhar, produzir e sobreviver. São centenas de famílias acampadas precisando de assis-

tência à saúde. No entanto, toda vez que esses trabalhadores sem-terra chegam às unidades de saúde, não são atendidos. Todos os que trabalham nessas unidades foram instruídos para não atendê-los. A explicação é a de que os serviços do SUS são destinados apenas aos moradores do município. Essa situação não era do conhecimento do Conselho Municipal de Saúde até que um dia uma criança mordida por cobra morreu na porta do pronto-socorro, sem assistência. O padre falou sobre a situação na missa, o jornal da cidade também divulgou o assunto. Assim, o caso entrou na pauta do Conselho por exigência da representante da Associação Feminina de Proteção à Infância.

INTEGRALIDADE E MODELO ASSISTENCIAL

O secretário de Saúde de Miracema do Oeste implantou o Programa de Saúde da Família (PSF) no seu município. Para isso, fez um projeto e, após aprovação no Conselho Municipal de Saúde, encaminhou-o à Comissão Intergestores Bipartite – CIB estadual – que o remeteu ao Ministério da Saúde para qualificação das equipes e assim receber o incentivo financeiro. Ele sabia que este é um programa prioritário do governo federal, definido como estratégia para implementação do SUS. Como a prefeitura decidiu não realizar concurso para contratar os(as) trabalhadores(as) para as equipes de saúde da família, o secretário buscou uma cooperativa para contratação do pessoal. Dentre os trabalhadores das equipes contratadas, havia um ginecologista e um pediatra. No final

de seis meses, as famílias cadastradas por essas equipes começaram a reclamar, pois não se oferecia atendimento para as pessoas que tinham pressão alta e diabetes. O ginecologista dizia que somente iria atender mulheres e, assim mesmo, nos assuntos de sua competência. O pediatra, por sua vez, somente queria atender crianças. Nas demais equipes do PSF, a população cadastrada reclamava porque os problemas de saúde de competência delas não eram resolvidos pelas equipes e, quando a comunidade era encaminhada para o especialista, não conseguia vagas. O assunto veio para o Conselho de Saúde, trazido pelo representante das associações de moradores que faz parte da representação dos usuários no Conselho.

7º PASSO COMENTÁRIOS

Quando os três subgrupos finalizarem a apresentação dos seus relatórios, o monitor pedirá que se apresentem 2 representantes de cada subgrupo para atuarem como “comentaristas” dos outros relatórios.

Os “críticos” deverão comentar o trabalho de subgrupos diferentes dos seus, organizando-se previamente:

Subgrupo 1 – será comentado pelos “críticos” provenientes do subgrupo 2.

Subgrupo 2 – será comentado pelos “críticos” provenientes do subgrupo 3.

Subgrupo 3 – será comentado pelos “críticos” provenientes do subgrupo 1.

Ao todo, serão seis comentaristas, que avaliarão o trabalho dos colegas com base em alguns critérios que podem estar estabelecidos no quadro:

- ❖ Entendimento da situação-vivencial.
- ❖ Relacionamento dos problemas identificados com os princípios do SUS.
- ❖ Transmissão clara de conceitos e informações.

- ❖ Adequação das propostas de encaminhamento das questões identificadas.

Cada comentarista disporá de, no máximo, três minutos para suas observações. Se desejar pode usar o quadro, para alguma sistematização.

Caberá ao monitor aproveitar os conteúdos dos relatórios para ressaltar as questões relacionadas aos princípios do SUS (acesso, equidade, integralidade), à organização (municipalização, relação público-privado, descentralização, hierarquização), ao modelo de assistência (PSF, atenção básica, referência e contra-referência) e ao controle social (Conselhos de Saúde, Ministério Público, organizações da sociedade civil, Tribunais de Conta, Poder Legislativo).

duração | 30 min

8º PASSO **SISTEMATIZAÇÃO**

No final, o monitor fará uma síntese dos comentários, completando-os, ampliando-os ou discordando deles. Chamará a atenção para as questões que ficaram evidentes e aquelas para as quais foi possível encontrar respostas. Estará, assim, sistematizando os aspectos principais da aprendizagem adquirida naquela oficina.

duração | 10 min

9º PASSO **AVALIAÇÃO**

A avaliação de todas as atividades da oficina obedecerá à rotina já experimentada nas oficinas anteriores.

duração | 15 min

10º PASSO **ENCERRAMENTO**

Encerramento das atividades da oficina e encaminhamento do assunto que será tratado na próxima oficina. Insistência na necessidade de produção do relatório. Orientação ao relator da oficina, para sua confecção.

duração | 5 min



OFICINA 4

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

OBJETIVO

- ❖ Compreender a participação e o controle social na dinâmica da vida política, em especial da saúde.

DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

A oficina visa identificar as instâncias de participação e controle social na saúde que se constituem, prioritariamente, pelas Conferências e Conselhos e relacioná-las com outras instâncias do poder público com função e poderes similares, como os órgãos dos Poderes Legislativos e Judiciário, Tribunais de Contas, Ministério Público, entidades de classes, Conselhos com outras atribuições, como os da Mulher e da Criança e do Adolescente, associações comunitárias e outros.

É preciso que se relembre o histórico do processo de criação dos Conselhos, problematizando os critérios que orientam as escolhas dos Conselheiros, a definição de número de vagas e respectivas percentagens de ocupação, representatividade e legitimidade dos Conselheiros em relação às bases, critérios de escolha da presidência, rotinas de funcionamento, processo de encaminhamento das questões.

Será importante ressaltar as competências assumidas pelos Conselhos e ampliar a reflexão sobre seus deveres e poderes. Como se vê, essa oficina centra seus interesses no aprofundamento das ações possíveis e esperadas como atribuição dos Conselhos de Saúde, assim como nas principais interfaces que ele pode estabelecer.

DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

Leitura do relatório do encontro anterior.

duração | 5 min

2º PASSO

Escolha do coordenador e dos relatores da oficina.

duração | 5 min

3º PASSO

O monitor fará a síntese dos assuntos tratados nas oficinas anteriores. Pode dizer alguma coisa como: “Já tivemos oportunidade de ver em outros momentos desse curso a variada coleção de problemas de saúde que demanda assistência prestada pelo SUS. Já foi possível compreender o papel do SUS como política pública fundamental para a solução desses problemas. Estamos discutindo como ele pode fazer isso, ou seja, como é possível vencer os impasses para que o SUS seja eficaz no cumprimento de suas atribuições. Já vimos as instâncias de que ele pode dispor e como funcionam. Já ficou compreendido, pelo menos em parte, o papel dos Conselhos de Saúde nesse processo. Vamos agora entender como podemos aperfeiçoar nosso trabalho cotidiano como Conselheiros e a quem podemos recorrer.”

duração | 10 min

4º PASSO

DINÂMICA DE GRUPO: “PARA ONDE VOU?”

O monitor propõe ao grupo um jogo, no qual todos devem seguir suas instruções, sem fazer perguntas de qualquer tipo. Pede que todos se levanten e recuem para o fundo da sala ou saiam dela, caso ela seja muito pequena. Divide, de qualquer maneira, o espaço restante em três.

Avisa então que, ao ouvir o apito que vai usar, cada um terá que escolher e se colocar no espaço que preferir. Dará nomes diferentes aos três lugares, tipo frente, fundos e meio, ou porta, janela e meio, segundo a proximidade. Nenhuma característica especial deve distinguir os espaços.

Após a primeira escolha, dirá que vai apitar de novo e que todos poderão mudar de lugar, se quiserem.

Feita a segunda troca, dirá então que, ao terceiro apito, deverão escolher entre os espaços extremos, eliminando o espaço do meio. Frisará que **todos** ainda podem mudar de lugar, mesmo os que estão colocados nos grupos extremos, mas essa será, para todos, a escolha definitiva. Nesse momento, o monitor faz soar o 3º apito e espera que todos se recolorem. Avisa que a atividade terminou e que todos devem retomar seus lugares, rearrumando a sala e sentando-se em seus lugares.

O monitor pede que cada um pense um pouco no que sentiu durante o jogo e que resuma, em uma palavra, esse sentimento (angústia, medo, raiva, tédio etc.).

Passa então a tecer seus próprios comentários:

- ❖ Como é difícil tomar posições quando não sabemos bem por que precisamos tomá-las.
- ❖ Como acabamos tentando seguir as escolhas dos colegas, ou como permanecemos indecisos.

- ❖ Como nos atrapalhamos, ao optar entre duas escolhas possíveis.
- ❖ Como oscilamos, quando não temos claros nossos objetivos.

Conclui lembrando que a participação em um Conselho é um exercício permanente de tomada de posição diante de problemas de várias ordens: sociais, técnicos, administrativos e políticos.

Desconhecê-los pode ocasionar situações como o exercício do jogo, em que seguimos ordens sem saber por quê. É preciso, portanto, estar preparado para enfrentar cada um dos problemas que surgem, suas origens e conseqüências, contribuindo para a proposição de **medidas** para solucioná-los através da formulação de políticas complementares ou intervindo, diretamente, para evitar ou minorar seus efeitos, exercendo o controle e a fiscalização.

duração | 40 min

5º PASSO ESTUDO DIRIGIDO

Divisão do grupo em 3 subgrupos com relator e coordenador, como sempre.

Leitura do texto de apoio.

O monitor proporá que os três subgrupos leiam o texto intitulado “Participação e Controle Social”, extraído de uma publicação do Ministério da Saúde.

Os participantes terão uma hora para a leitura, as discussões e anotações de dúvidas.

duração | 1 h intervalo | 10 min

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

A concepção de gestão pública é essencialmente democrática. Nenhum gestor é senhor absoluto da decisão. Ele deve ouvir a população e submeter suas ações ao controle da sociedade. A lei 8.142 é clara quanto a essa determinação: em seu artigo 1º, são instituídos, como instâncias colegiadas, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde, obrigatoriamente integrantes do SUS. Nenhum gestor, em qualquer nível de governo, pode se recusar a constituir esses foros, pois estará desrespeitando a lei.

A composição das conferências e dos

Conselhos deve ser ampla de modo a assegurar às suas deliberações a máxima representatividade e legitimidade. A representação dos usuários é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos (governo, prestadores privados e profissionais de saúde). Isso significa que o número de vagas para as entidades ou organizações representantes dos usuários deve ser exatamente a metade do total de participantes das Conferências e dos Conselhos.

As Conferências de Saúde são foros com representação dos vários segmentos so-

ciais que se reúnem a cada quatro anos “para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” (Lei 8.142/90, artigo 1º, parágrafo 1º). Devem ser realizadas em todas as esferas de governo, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde. As resoluções das Conferências de Saúde devem servir de orientação para as decisões dos gestores e dos Conselhos de Saúde.

Os **Conselhos de Saúde** são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Lei 8.142/90, artigo 1º, parágrafo 2º).

Algumas decisões dos Conselhos têm que ser homologadas, isto é, confirmadas ou aprovadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Por ser um órgão que tem que deliberar sobre o que precisa ser feito e fiscalizar as ações do governo, os Conselhos precisam estar permanentemente informados sobre quais são os problemas de saúde da população, quais os recursos disponíveis para a área da saúde, onde e como estão sendo aplicados. Os gestores não podem se recusar a dar as informações que os Conselheiros precisam para avaliar e tomar decisões.

O Conselho de Saúde, de acordo com a Resolução 33/92, deve ter representação paritária do governo, dos prestadores de serviços (25%), de profissionais de saúde (25%) e dos usuários (50%). A representação dos usuários deve ser diversificada, de maneira a permitir que os vários interesses e os diversos tipos de organizações – associações de moradores, sindicatos, associações de pessoas portadoras de patologias, associação de pessoas portadoras de deficiências, organizações de consumidores, entidades civis que se dedicam a estudos ou à análise das condições de saúde, entidades científicas etc. – possam apresentar suas demandas e fazer suas avaliações sobre a política de saúde desenvolvida pelo governo, em todos os níveis.

É importante observar que a lei sempre se refere a “representantes” dos usuários. Representação significa delegação de poderes conferidos pela população a certas pessoas a fim de que exerçam em seu nome alguma função. Os representantes dos usuários não podem ser escolhidos pelos governantes. Só serão representantes legítimos se forem escolhidos e indicados pelos membros do grupo ou da entidade da qual fazem parte.

Ser representante implica assumir o compromisso com aqueles que o indicaram, respeitar as posições de seus representados e defendê-los no Conselho. Implica também ter que informar e prestar contas de suas ações aos seus representados.

Os Conselhos e as Conferências não são as únicas formas de participar do SUS, embora sejam as únicas obrigatórias para todo o País, por serem previstas em lei federal. À medida que se avança na democratização da gestão, outros mecanismos podem – e devem – ser criados nos estados e nos municípios para ampliar as possibilidades de participação e tornar as decisões mais próximas da população. É o caso dos Conselhos distritais e dos Conselhos gestores nas unidades de atenção à saúde, já existentes em muitos municípios. O exercício da cidadania e do controle social exige que lutemos por nossos direitos. Muitas vezes, as dificuldades que encontrarmos exigirão que tenhamos que recorrer a meios legais para exigir o cumprimento das leis. Por isso é importante conhecer os recursos de que dispomos e os parceiros com os quais podemos contar para alcançar os resultados que buscamos.

O Ministério Público é uma instituição permanente essencial à administração da Justiça, da “defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis” (art. 127 da Constituição Federal).

O Ministério Público Estadual atua por Promotores de Justiça e Procuradores de Justiça. O Ministério Público da União compreende o Ministério Público federal

(procuradores da República), o Ministério Público do trabalho (procuradores do trabalho), o Ministério Público militar (procuradores militares) e o Ministério Público eleitoral (procuradores eleitorais). Quando identificarmos o não-cumprimento da lei devemos procurar um deles, que irá investigar se está havendo mesmo desrespeito e deverá comunicar ao Juiz caso isso tenha sido constatado.

O Poder Judiciário federal pode ser especializado (Justiça do Trabalho, Justiça Eleitoral e Justiça Militar) ou comum (Justiça Federal). Há ainda um Poder Judiciário em cada estado. Quando a causa for de interesse de uma coletividade (um número de pessoas indeterminado ou determinável), uma entidade de representação, ou uma associação que exista legalmente há pelo menos um ano, o Ministério Público pode propor uma Ação Civil Pública. São muitas as razões que podem dar causa a uma delas: o mau funcionamento dos serviços, a falta de profissionais, a má conservação ou inexistência de materiais e equipamentos, a má administração ou o mau uso ou desvio dos recursos públicos destinados à saúde, ou o não-cumprimento comprovado da lei que determina a criação dos Conselhos de Saúde.

Outra instituição importante à qual podemos recorrer na defesa dos direitos são os órgãos de proteção e defesa do consumidor (Procon, Decon ou outros). Em

geral, as pessoas pensam que estes órgãos só se dedicam ao consumidor de bens ou objetos. Mas o Código também prevê a proteção ao consumidor de serviços: o mau atendimento nos postos de saúde ou hospitais, as condições precárias de funcionamento dos serviços de saúde devem ser notificadas aos órgãos de defesa do consumidor.

Outras instâncias são indicadas para ajudar a resolver questões, como o Conselho Regional de Medicina, que é responsável pela fiscalização e pelo controle do exercício profissional dos médicos. Há também Conselhos profissionais de diversas outras categorias: enfermeiros, assistentes sociais, dentistas.

Todas essas instituições só podem intervir mediante denúncia. Isto significa que a população precisa se acostumar a realizar o registro do ocorrido sempre que for desrespeitada nos seus direitos.

Outro recurso que deve ser utilizado é a denúncia através dos meios de comunicação – rádio, jornais, televisão. Em nosso país, não é fácil conseguir espaço para defender os direitos da população em muitos meios de comunicação, principalmente se a denúncia envolve autoridades públicas ligadas aos grupos que são seus proprietários. Mas há muitos que abrem espaço para isso.

Construir a cidadania dá trabalho. Mas também dá bons resultados.

6º PASSO

ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO PELO SUBGRUPO

Cada subgrupo irá formular um relatório após a análise do texto lido e com base na experiência dos Conselheiros.

Para ajudá-los a sistematizar suas idéias, deve-se dizer que, entre outros comentários que queiram fazer, deverão deixar claras suas posições diante de algumas questões, tais como:

- ❖ Os Conselhos de Saúde pautam suas deliberações nos princípios e diretrizes do SUS? Por quê?
- ❖ Qual o papel das Conferências de Saúde para a consolidação do SUS no seu município/estado?

- ❖ Os Conselheiros têm consciência de suas atribuições? Quais consideram como prioritárias?
- ❖ Qual a relação entre a Secretaria de Saúde e o Conselho do qual você faz parte?
- ❖ Como se dá a relação do Conselho com a comunidade?
- ❖ De que parcerias os Conselhos, representados nos subgrupos, já lançaram mão para encaminhar questões? Foram úteis?
- ❖ Como se dá a relação do Conselheiro com o segmento por ele representado (representatividade x legitimidade)?
- ❖ Como deve se dar a relação do Conselho com o membro do Ministério Público?
- ❖ Que outros atores seria interessante acionar para a resolução de questões específicas?

Este quadro o monitor pode levar já preparado e afixar em algum lugar na sala onde os subgrupos estiverem reunidos, discutindo e elaborando os seus relatórios.

Oralmente, avisará que não precisam se restringir àquelas indagações e podem fazer as observações que desejarem sobre o texto, mesmo que sejam discordâncias em relação a ele. O importante, nesse caso, seria justificar suas afirmações.

duração | 40 min

7º PASSO

APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS DOS SUBGRUPOS

Novamente, os subgrupos se desfazem e o grupo original se recompõe para a apresentação de cada um dos relatórios dos subgrupos. Mas **todos** devem parar ao mesmo tempo para assistir à apresentação dos companheiros.

O monitor ouvirá com atenção e anotarà alguma observação, deixando seus comentários para o final.

Cada subgrupo disporá de 15 min para apresentar seu relatório.

duração | 45 min

8º PASSO

COMENTÁRIOS E SÍNTESE DO MONITOR

Com base nas questões trazidas pelos subgrupos, o monitor fará uma síntese das questões centrais do conteúdo da oficina, estabelecendo sempre um diálogo, ressaltando semelhanças, apontando diferenças. Para maior segurança do monitor e melhor fixação dos conceitos pelos Conselheiros, sugerimos que o monitor prepare previamente essa síntese, contendo aspectos tais como: o que é controle social; instâncias de controle social na saúde; composição/paridade, representatividade, legitimidade e autonomia, dentre outros.

duração | 10 min

9º PASSO

AValiação DAS ATIVIDADES DA OFICINA

A avaliação será realizada de acordo com a rotina já estabelecida.

duração | 20 min

10º PASSO

ENCERRAMENTO

Anúncio da temática da próxima oficina, redação do relatório e apoio ao relator responsável pelo relatório.

duração | 5 min



OFICINA 5

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE:
AGENDA, PLANO DE SAÚDE
E QUADRO DE METAS**

OBJETIVOS

- ❖ Despertar no Conselheiro a consciência de que:

A Secretaria de Saúde deve adotar um Processo de Planejamento como uma ferramenta essencial para a gestão do SUS.

Planejar significa definir os caminhos para se chegar em algum lugar, para mudança de uma realidade atual. O ponto de partida para o planejamento deve ser um “incômodo” decorrente dos problemas de saúde e das necessidades de uma dada população.

A construção da Agenda de Saúde implica na definição de prioridades. Elas podem resultar de um processo de negociação e de construção de consenso em torno de diferentes interesses dentro e fora do Conselho de Saúde. Planejar implica definir prioridades. Tal é o sentido da elaboração da Agenda de Saúde.

- ❖ Construir com o Conselheiro a compreensão de que:

Um Plano de Saúde deve resultar do processo dinâmico e permanente do planejamento.

Um plano deve ser entendido como um documento onde se define o que será efetivamente implementado na União, no estado ou no município numa determinada gestão e num dado período (quatro anos).

- ❖ Informar o Conselheiro sobre a importância do Quadro de Metas como integrante do Plano, que é construído para permitir a fiscalização do cumprimento das metas propostas pelo gestor.

- ❖ Estimular a participação dos Conselheiros, com sugestões e críticas, no processo de planejamento da Secretaria de Saúde, inclusive na elaboração da Agenda de Saúde, do Quadro de Metas e do Plano de Saúde.
- ❖ Discutir as condições para aprovação do Plano de Saúde no Conselho de Saúde.

❖ DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

PROCESSO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE

- ❖ Compreensão do processo de elaboração e aprovação da Agenda de Saúde nos termos do princípio da descentralização.
- ❖ Esclarecimento do papel dos Conselheiros na avaliação e na aprovação dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde, detalhando seu processo de elaboração e o seu conteúdo.
- ❖ Identificação dos subsídios para que os Conselheiros possam cumprir suas funções de verificar, sugerir e aprovar o Plano de Saúde.
- ❖ Fortalecimento das noções de negociação e consenso, indispensáveis a qualquer ação compartilhada.

❖ DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

Leitura do relatório do encontro anterior.

duração | 5 min

2º PASSO

Escolha do coordenador e dos relatores da oficina.

duração | 5 min

3º PASSO

INTRODUÇÃO À TEMÁTICA

O monitor anuncia que, nas quatro primeiras oficinas, foi possível relacionar os problemas de saúde mais urgentes da população, aprofundar o conhecimento sobre os problemas apontados, identificar as iniciativas/intervenções sociais adotadas para resolvê-los e os responsáveis por elas. Também foram identificadas, no funcionamento do SUS, questões relativas aos princípios (acesso, equidade e integralidade), à organização (descentralização, municipalização e regionalização) e ao modelo assistencial. Também foram compreendidas a participação e o controle social na dinâmica da vida política, em especial da saúde, e o papel do Conselheiro de Saúde em relação a tudo isso. Lembra que, até então, nas quatro primeiras oficinas, foi possível entender que os problemas de saúde da população brasileira devem ser atendidos pelo Sistema Único de Saúde–SUS, a quem cabe estabelecer diretrizes e destinar recursos para as ações de promoção e proteção da saúde e recuperação das doenças. Reforça que essa política deve promover a otimização dos recursos físicos – instalações, equipamentos, remédios e outros – da mesma forma que os recursos humanos (pessoal) e financeiros existentes. Insiste em que, até aqui, foram estudadas as instâncias de participação e controle social – Conselhos e parcerias – para que se possam cumprir os objetivos de propor políticas de saúde, aprovar as políticas e programas propostos pela Secretaria e fiscalizar-lhes a execução.

O monitor afirma que os conteúdos das quatro primeiras oficinas dizem respeito a uma das fases do Processo de Planejamento em Saúde, que é o diagnóstico situacional, ou seja, o conhecimento da situação de saúde da população e a identificação das causas relacionadas aos problemas identificados. E que, a partir de agora, estamos entrando em outras fases do planejamento que precisam ser conhecidas para que os Conselheiros possam participar, efetivamente, desse processo.

Continua dizendo que os Conselheiros exercem um papel político mas que, para um bom desempenho desse papel, necessitam de alguns básicos conhecimentos técnicos. Isto irá possibilitar ao Conselheiro maior poder no exercício de seu papel: o Conselheiro bem informado terá maior capacidade de negociar suas posições e defender melhor os seus representados.

Introduz as temáticas das três próximas oficinas, chamando a atenção para o fato de que todas elas estão interligadas e dizem respeito ao Processo de Planejamento em Saúde, que tem como um dos seus resultados algumas ferramentas para a gestão: a Agenda de Saúde, o Quadro de Metas e o Plano Municipal e Estadual de Saúde. Estes documentos devem expressar claramente o que a Secretaria de Saúde irá realizar. Eles são elaborados pelas Secretarias de Saúde, mas devem ser aprovados pelos Conselhos de Saúde.

Com o auxílio de uma transparência, *flip-chart* ou quadro, o monitor anuncia as temáticas, sob o título **Processo de Planejamento em Saúde**, e explica que esse título diz respeito às oficinas 5, 6 e 7.

PROCESSO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE:

- ❖ DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE (DIAGNÓSTICO DE SAÚDE)
- ❖ DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES (AGENDA DE SAÚDE)
- ❖ FORMULAÇÃO DO PLANO (PLANO DE SAÚDE)
- ❖ RESUMO DO PLANO DE SAÚDE (QUADRO DE METAS)
- ❖ RECURSOS NECESSÁRIOS (ORÇAMENTO E RECURSOS MATERIAIS, HUMANOS E POLÍTICOS)
- ❖ AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DO PLANO DE SAÚDE (RELATÓRIO DE GESTÃO)

Ele explica que o Relatório de Gestão é o documento em que os gestores relatam como e para que utilizaram os recursos para a saúde; é, portanto, um instrumento que serve para avaliar aquilo que as Secretarias fazem. Como tal, faz parte do Planejamento em Saúde, mas não integra o Plano, representando os resultados físicos e analíticos de sua execução.

duração | 40 min

4º PASSO

DINÂMICA DE GRUPO

Como você deseja estar daqui a quatro anos? O que você tem que fazer para que seu desejo se transforme em realidade?

O monitor reforça que, para dar início aos trabalhos, é preciso, antes de mais nada, compreender o que significa **planejar** qualquer coisa. E propõe que cada um escreva, em uma folha de papel, como gostaria de estar, do ponto de vista pessoal, daqui a quatro anos. Não precisa detalhar muito, mas é preciso esclarecer detalhes da realidade desejada para o futuro em relação à atual, presente. Caso haja alguém com impossibilidade de anotar, disponha os participantes em duplas, de modo a permitir a ajuda do colega.

O grupo terá cinco minutos para a atividade. O monitor pede que cada um reflita sobre o que vai escrever e que não consulte os colegas, para não confundir seu interesse de mudança com o deles.

No fim dos cinco minutos, pede que algumas pessoas se apresentem para contar o que escreveram. Entre os que se oferecerem, levantando a mão, o monitor escolhe cinco, de preferência pessoas com diferenças marcantes entre si (homens, mulheres, profissional de saúde, gestor, usuário etc.).

Pede ao coordenador que vá anotando no quadro, resumidamente, o que os colegas expõem.

No final, deve ficar pronto um panorama bem diversificado constituído pelo desejo de mudança de cada um.

Exemplos:

“Quero estar morando em outra cidade. Para isto, tenho que estudar, arrumar um emprego etc.”

“Quero me tornar vereador(a) ou deputado(a). Para isto, tenho que me filiar a um partido político, me tornar conhecido etc.”

“Quero terminar o curso superior. Para isto, tenho que fazer vestibular, trabalhar etc.”

“Quero ser mãe ou pai. Para isto, tenho que conseguir um emprego estável, comprar uma casa etc.”

“Quero morar na minha casa própria. Para isto, tenho que fazer economias, poupar, comprar um lote etc.”

O MONITOR LÊ OS RESULTADOS CHAMANDO A ATENÇÃO PARA OS SEGUINTE ASPECTOS:

- ❖ As pessoas que buscam mudanças na sua realidade atual precisam planejar para atingir essa mudança. Planejamento é um processo pensado para ser seguido quando se quer mudança da situação atual.
- ❖ Poucas coisas podem ocorrer em nossas vidas de acordo com os nossos desejos se não planejamos antes. O plano é o produto do processo de planejamento.
- ❖ A realização do nosso **plano** depende não somente de nós, mas também da colaboração de outras pessoas. Para essas pessoas colaborarem, elas têm que concordar com o nosso plano. Há necessidade, portanto, de negociação entre esses atores e conciliação de interesses, buscando o consenso.
- ❖ Consenso não pressupõe unanimidade, e sim acordo entre os atores, atendendo aos interesses da maioria, sem excluir a possibilidade de contemplar, mesmo que parcialmente, a minoria.
- ❖ O planejamento só tem chance de ser executado se houver consenso entre os atores envolvidos na mudança: indivíduo e grupo familiar / indivíduo e empregador / indivíduo e partido político / outros.

O monitor deve retirar os exemplos dos relatos apresentados pelos integrantes do grupo e que estarão resumidos para apresentação.

duração | 30 min

5º PASSO

DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA

O monitor começa lembrando que a criação do SUS trouxe muitas mudanças e muitas melhorias para o nosso sistema de saúde, mas que muitas das propostas do Sistema ainda não foram implementadas e que em muitos lugares o SUS ainda não está funcionando bem. Aponta que, para melhorar o SUS, não basta conseguir mais recursos, mas é necessário melhor utilizá-los. Diz que as políticas públicas de saúde vêm passando por mudanças, constantemente, destacando a necessidade dos Conselheiros no acompanhamento dessas alterações. Chama a atenção dos Conselheiros para a importância do planejamento na construção do SUS, ou seja, do estabelecimento de um conjunto de ações programadas e sistematizadas para atingir determinadas propostas e objetivos. Explica em seguida que o primeiro passo do planejamento é compreender a situação atual, identificar os “incômodos” dessa situação para, a partir daí, definir o que tem que ser feito em primeiro lugar, ou seja, as prioridades.

Encaminha a discussão para o tema da oficina, que diz respeito aos **papéis** dos Conselhos de Saúde em relação à adaptação da Agenda Nacional de Saúde à realidade estadual ou municipal ou mesmo à construção de Agenda própria do Município. Esse papel também se estende à avaliação crítica do Plano Municipal de Saúde resultado do planejamento.

O planejamento é expressão, no nível técnico-político, de escolhas que a sociedade faz a cada momento. Cabe aos gestores considerar as demandas da população e o conjunto dos serviços compreendidos como um sistema. Diminuir a mortalidade infantil e materna, acolher os usuários, remunerar adequadamente e valorizar os profissionais, aumentar o orçamento público em saúde gastando mais em ações coletivas e intersetoriais, submeter o desempenho dos gestores à opinião dos usuários e garantir o direito à informação – estes são alguns eixos norteadores do planejamento em saúde.

Como essa é uma exposição dialogada, o monitor deve apurar e reforçar os conhecimentos que os Conselheiros detêm sobre o Processo de Planejamento, incluindo a elaboração de Agendas de Saúde e de Planos de Saúde nos três níveis: federal, estadual e municipal. Se quiser, pode levar um quadro ou transparência que se refira a cada um desses itens, dizendo quem se responsabiliza por eles e qual a participação que cada Conselheiro pode e deve ter no processo. Por exemplo:

AGENDA NACIONAL DE SAÚDE

Elaborada pelo Ministério da Saúde, deve ser aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, que julga e avalia o atendimento das necessidades de seus representados.

AGENDA ESTADUAL DE SAÚDE

Preparada pelos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde (SES), adaptando a Agenda Nacional à realidade do estado, incorporando prioridades, descartando-as e propondo as alterações necessárias. Deve ser aprovada pelo Conselho Estadual, que, da mesma forma, deve verificar e negociar a inclusão de demandas de seus representados.

AGENDA MUNICIPAL DE SAÚDE

Preparada pelos técnicos da Secretaria Municipal, adotada pelo secretário, é um documento do Executivo elaborado com base na Agenda Estadual, adaptado às específicas necessidades locais. A Agenda Municipal também, da mesma forma, deve ser aprovada pelo Conselho Municipal.

PLANOS DE SAÚDE

Elaborados pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, respectivamente plano nacional, planos estaduais e municipais. Derivam de um processo de planejamento, obedecendo às prioridades traçadas pelas respectivas Agendas. Serão aprovados pelo Conselho de Saúde que os avalia, discute e busca adesão e consenso em torno das propostas.

QUADROS DE METAS

Construído pelo Poder Executivo – Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde – com base nas prioridades indicadas nas respectivas Agendas. É acompanhado, fiscalizado e avaliado pelos Conselheiros.

ORÇAMENTO

Elaborado pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde, avaliado pelos Conselhos e aprovado pelo Poder Legislativo (de acordo com os níveis municipal, estadual e nacional).

Cabe ao monitor reforçar que todo Plano de Saúde precisa ter seu Quadro de Metas. Este **Quadro** é o resumo do plano e facilita bastante o seu acompanhamento para as finalidades do controle social. Na elaboração do plano, a explicação de uma dada situação já sugere o que tem que ser feito para mudança da situação atual, ou seja, o(s) objetivo(s) do plano.

Metas são objetivos definidos num certo período de tempo, em determinados lugares, e estabelecidos sob forma de quantidades e valores.

Uma meta expressa um objetivo de um plano, mas diz também em quanto será alterada a realidade atual e o prazo em que essa mudança será realizada. Por exemplo: a meta do município de Novo Milênio será reduzir a taxa de mortalidade infantil de 100/1.000nv para 70/1.000nv, portanto a redução (mudança de realidade) será

em 30% no final de dois anos. As metas são extremamente importantes porque é através delas que se fixam os *indicadores dos resultados* que se pretende alcançar com as diferentes ações implantadas.

O monitor deve ressaltar a importância da coerência entre as ações previstas pelos Planos de Saúde e o Quadro de Metas que elas deverão alcançar.

Ainda uma vez, recomenda-se que essa exposição do monitor estimule e abra espaços para intervenções e perguntas dos Conselheiros, com a finalidade de aferir conhecimentos anteriores, discuti-los e acrescentar informações novas.

duração | 40 min intervalo | 10 min

6º PASSO

CONSTRUÇÃO DA AGENDA COM ORIENTAÇÕES E INDICAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO

O monitor propõe que os Conselheiros se dividam em 3 subgrupos e repitam o processo rotineiro de escolha do coordenador e do relator.

Propõe a opção da leitura da situação-vivencial referente a aspectos do Plano de Saúde do Município de Novo Milênio (imaginário) ou a utilização de um plano de saúde local sugerido por um dos Conselheiros.

Explica que a situação é imaginária, porque seria impossível, em tão pouco tempo, extrair aspectos dos planos verdadeiros de vários municípios.

CARACTERIZAÇÃO DE NOVO MILÊNIO E SEUS ASPECTOS MAIS RELEVANTES

Novo Milênio é um município localizado em uma das cinco regiões geográficas do Brasil. Ocupa uma área de 5.782,80 km², possui 48.000 habitantes, sendo 24.480 do sexo feminino e 23.520 do sexo masculino. Faz fronteira com os municípios de Ipê Roxo, ao norte, com 15.000 habitantes, Sambaíba, ao sul, com 35.000 habitantes, Cajalândia, a leste, com 19.000 habitantes, e Mantenópolis, a oeste, com 95.000 habitantes. A sede do município foi construída às margens do Córrego das Almas, que atravessa todo o seu território de norte a sul, onde são despejados os esgotos dos bairros que já possuem esse serviço.

A atividade econômica do município está assentada no setor de serviços, agropecuária e indústria. O setor que mais emprega é o de serviços, destacando-se a administração pública e o comércio. A

agricultura está em fase de expansão com a introdução de novas tecnologias de exploração do cerrado. No setor industrial, destacam-se as indústrias de transformação (construção civil e alimentação). É totalmente dependente de importação estadual de energia elétrica, dispõe de um sistema de transporte público precário e tem estrutura razoável no setor de telecomunicações.

O município possui 9.600 domicílios, sendo 4.860 (60%) habitados pelos proprietários, 1.920 (20%) alugados, 960 (10%) cedidos e 960 (10%) com outra condição.

A População Economicamente Ativa (PEA) soma 28.800 pessoas, ou seja, 60% da população. A taxa de desemprego atinge 35% da PEA.

Em relação aos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário,

4.608 domicílios (48%) estão ligados à rede de água tratada, 2.880 (30%) estão conectados à rede de esgoto e somente 3.840 (40%) têm coleta regular de lixo, o qual é despejado a céu aberto em um terreno baldio localizado nos arredores da cidade próximo a um assentamento que começa a se formar, ocupado principalmente por trabalhadores sem-terra e sem-teto expulsos do campo.

Com relação à educação, o município possui 20 unidades escolares, incluindo o pré-escolar, os ensinos básico e médio. Destas, 15 são públicas e 5 são particulares. A taxa de analfabetismo é da ordem de 30%.

Na área de cultura e lazer, existem apenas um clube recreativo e alguns campos de futebol de terra batida. A pesca é outra atividade de lazer.

O sistema público de saúde está estruturado com um hospital de 25 leitos para internações em pediatria, clínica geral, ginecologia e obstetrícia; um pronto-socorro; um pequeno centro obstétrico que às vezes funciona como centro cirúrgico para casos de urgência/emergência e 2 postos de saúde urbanos. Não possui serviço de vigilância sanitária ou epidemiológica, nem centro de controle de zoonoses. Como serviços de apoio diagnóstico, possui apenas um pequeno laboratório com capacidade de realização de exames simples de sangue, fezes e urina e um aparelho de raios X para tórax e ossos. Há, na cidade, um hospital privado com 40 leitos e alguns serviços privados ambulatoriais de especialidade nas áreas de cardiologia, oftalmologia, neurologia, ortopedia e pediatria. A Secretaria de Saúde contratou serviço nas áreas de oftalmologia, cardiologia e ortopedia, e há denúncias no Conselho de Saúde, ainda não investigadas, de que esses serviços estão praticando a “cobrança por fora” para assegurar o atendimento.

O perfil epidemiológico, ou seja, de que adoecem e morrem os habitantes de Novo Milênio, aponta para uma taxa de mortalidade infantil de 71 óbitos em cada 1.000 crianças nascidas vivas (a média nacional

está em torno de 34 óbitos em cada 1.000); as doenças originadas no período perinatal (por ocasião do nascimento) são as principais causas de morte entre menores de um ano, alcançando mais de 60% dos óbitos nesse grupo etário, com destaque para a hipoxia (baixo teor de oxigênio) intra-uterina (dentro do útero) e asfixia (ausência de oxigênio) ao nascer. A mortalidade materna (morte de mulheres em função da gravidez, parto e pós-parto) é de 180 óbitos em cada 100.000 crianças nascidas vivas, quando a média nacional é de 114 óbitos de mães em cada 100.000 crianças nascidas vivas. Casos de intoxicação por agrotóxico de trabalhadores rurais são frequentes em função do uso abusivo e inadequado desses produtos por parte dos fazendeiros da região. Lesões por esforços repetitivos em digitadores também têm sido registradas pela Secretaria de Saúde em trabalhadores de escritórios e cooperativas.

Ainda se convive, neste município, com doenças infecciosas e parasitárias conseqüentes das péssimas condições de vida de parcela considerável da população. O município carece também de serviços especializados na maioria das áreas da saúde pública, incluindo a área médica, tendo que se valer de encaminhamentos para uma das cidades vizinhas e/ou para a capital do estado quando necessário, embora a cidade só disponha de uma ambulância com dois anos de uso.

A rede física (hospital e postos de saúde) está carecendo de reformas e ampliações, os equipamentos são velhos e insuficientes. O sistema público de saúde conta, atualmente, com o quadro de recursos humanos a seguir discriminado, insuficientes para a demanda – todos ganham mal, há muitos anos não recebem qualquer treinamento e a maioria deles não mantém vínculo empregatício com o município:

- 6 médicos (3 clínicos gerais, 2 gineco-obstetras, 1 pediatra);
- 1 enfermeira;
- 4 auxiliares de enfermagem;
- 3 atendentes de enfermagem;
- 3 agentes administrativos;

- 12 auxiliares de serviços gerais;
- 3 motoristas;
- 3 auxiliares de laboratório;
- 2 dentistas;
- 2 auxiliares de consultório dentário.

A destinação de recursos pela prefeitura para a área de saúde, no governo anterior, era de apenas três por cento do orçamento anual.

Há Conselho de Saúde constituído, mas funciona somente para atender às exigências da lei, e o município nunca organizou uma Conferência Municipal de Saúde.

Há uma Câmara Municipal, onde 12 vereadores exercem o Poder Legislativo e de fiscalização do Poder Executivo e se reúnem uma vez por semana, às segundas-feiras à noite. A comunidade também já começa a se organizar em associações de moradores de bairros, e foi criado recentemente o sindicato dos trabalhadores rurais.

É meta do atual prefeito habilitar o município no sistema de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, sendo neces-

sário, para isso, constituir o Fundo Municipal de Saúde, assegurar o pleno funcionamento do Conselho de Saúde e aprovar o Plano Municipal de Saúde.

Para atender a essa decisão política, o Secretário de Saúde pautou no Conselho de Saúde a discussão para elaboração da Agenda Municipal de Saúde, do Plano Municipal de Saúde e da constituição do Fundo Municipal de Saúde. Assim, a Secretaria de Saúde encaminhou ao Conselho de Saúde as propostas de Agenda Municipal de Saúde, do Plano de Saúde e minuta do projeto de lei para criação do Fundo Municipal de Saúde, bem como as Agendas Estadual e Nacional de Saúde, destacando as prioridades propostas por elas.

Cabe agora, aos Conselheiros, a aprovação da Agenda, definindo os eixos prioritários de intervenção para 2001 e também discutir e aprovar o Plano de Saúde para o período 2001/2004 preparado pela Secretaria. Cabe ainda discutir o projeto de criação do Fundo Municipal de Saúde.

O monitor apresenta também dois quadros, um deles com os seis eixos prioritários de intervenção, definidos pelo Órgão Nacional de Coordenação do SUS, o Ministério da Saúde, através da sua Portaria nº 393, de março de 2001. Esta é a Agenda Nacional. Apresenta ainda um quadro referente às adequações estaduais da Agenda Nacional, ou seja, a Agenda Estadual de Saúde (imaginária, nesse caso).

QUADRO 1

PRIORIDADES NACIONAIS

- ❖ REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA
- ❖ CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS
- ❖ MELHORIA DA GESTÃO, DO ACESSO E DA QUALIDADE DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
- ❖ REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL E DESCENTRALIZAÇÃO
- ❖ DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS
- ❖ QUALIFICAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL

QUADRO 2

PRIORIDADES ESTADUAIS

- ❖ REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA
- ❖ CONTROLE DE DOENÇAS E AGRAVOS PRIORITÁRIOS
- ❖ REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL E DESCENTRALIZAÇÃO
- ❖ MELHORIA DA GESTÃO, DO ACESSO E DA QUALIDADE DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
- ❖ DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS DO SETOR DE SAÚDE
- ❖ QUALIFICAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL
- ❖ ELABORAÇÃO DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO
- ❖ IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE SAÚDE DO TRABALHADOR E SAÚDE BUCAL PELO SUS

Pede-se, então, que cada subgrupo estude com atenção a situação referente ao Município de Novo Milênio ou a qualquer plano escolhido pelo grupo e que, a partir daí, desenvolva a seguinte análise:

- ❖ Definição dos principais problemas apresentados no Plano de Saúde trabalhado.
- ❖ Estabelecimento, tendo em vista os problemas definidos e a Agenda Nacional e a Agenda Estadual, as prioridades que constituirão a Agenda de Saúde de Novo Milênio.
- ❖ Elaboração de uma lista de causas prováveis associadas aos problemas prioritários estabelecidos na Agenda de Saúde do Município.
- ❖ Sugestão de propostas e caminhos, através dos quais esses problemas que agora são prioridades da Agenda devam ser enfrentados.
- ❖ Definição das metas.
- ❖ Sugestão de medidas estratégicas que deverão ser tomadas para que as metas sejam alcançadas.

Na definição das prioridades, pode-se lembrar os diversos critérios para esse fim, tais como a magnitude e a gravidade dos problemas, o valor atribuído ao problema pela sociedade em geral ou por grupos específicos, a possibilidade de intervenção e o custo-benefício.

duração | 1 h 15 min intervalo | 10 min

7º PASSO

APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS

Cada relator de subgrupo disporá de 10 min para apresentar sua síntese. Como de hábito, o coordenador do grupo grande vai resumindo o que é dito e anotando em tópicos. Por exemplo:

PROBLEMA	CAUSAS	MEDIDAS PARA O ALCANCE DAS METAS
Mortalidade infantil e mortalidade materna	Insuficiência de leitos obstétricos Falta de UTI neonatal e /ou berçário de risco Nº insuficiente de consultas no pré-natal Falta de saneamento básico Desnutrição infantil	Construção de UTI neonatal e/ou berçário de risco Contratação de profissionais de saúde Aumento do número de leitos obstétricos Investimento em saneamento básico Incentivo ao aleitamento materno, distribuição de cestas básicas às famílias com risco social

Os exemplos, é claro, serão retirados dos relatórios dos subgrupos que estarão sendo apresentados.

O monitor pede que não sejam anotados aspectos dos relatórios que expressem as mesmas idéias ou sugestões.

No final, deve haver um quadro que funcionará como uma síntese das três sínteses.

duração | 30 min

8º PASSO

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA OFICINA

A avaliação será realizada de acordo com a rotina estabelecida.

duração | 10 min

9º PASSO

ENCERRAMENTO

Encerramento, com a lembrança de que as próximas oficinas darão continuidade aos assuntos tratados nesta oficina, além de recomendações sobre a necessidade do registro em relatório. Apoio ao relator que ficará incumbido dele.

duração | 5 min



OFICINA 6

PLANEJAMENTO EM SAÚDE:
ORÇAMENTO, FINANCIAMENTO
E PRESTAÇÃO DE CONTAS



OBJETIVOS

- ❖ Saber como se dá o processo orçamentário na administração pública, em especial na área de saúde, e qual a relação do orçamento com o Plano de Saúde.
- ❖ Ajudar o Conselheiro a compreender a diferença entre orçamento privado e orçamento público.
- ❖ Oferecer subsídios para a compreensão e avaliação da proposta orçamentária da Secretaria de Saúde, à luz do Plano de Saúde e do Plano Plurianual de Aplicação – PPA, bem como para o acompanhamento e a fiscalização da execução orçamentária, através da prestação de contas dos recursos do Fundo de Saúde que deverá ser feita pelo gestor.



DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

- ❖ Reconhecimento das diferenças entre o dinheiro pessoal, que permite um orçamento familiar, e o dinheiro público, que exige elaboração e execução orçamentária por parte dos governos para sua gestão.
- ❖ Identificação das questões, barreiras e “nós” que dificultam o processo orçamentário da saúde e descoberta de meios para sua superação.
- ❖ Conhecimento dos elementos do orçamento (receitas e despesas), procurando verificar como se compatibilizam os valores de acordo com as prioridades definidas no Plano de Saúde.
- ❖ Conhecimento básico do processo de elaboração e aprovação do orçamento, prestação de contas e identificação das responsabilidades do Conselho de Saúde nesse processo.

DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

Leitura do relatório da oficina anterior.

duração | 5 min

2º PASSO

Escolha do coordenador e dos relatores da oficina.

duração | 5 min

3º PASSO

INTRODUÇÃO AO TEMA “PROCESSO ORÇAMENTÁRIO”

O monitor inicia as atividades da oficina retomando o tema da oficina anterior e aproveitando observações que constam do relatório. Ele procurará saber dos participantes se os seus municípios têm Planos de Saúde e proposta orçamentária, se têm conhecimento deles e qual a importância atribuída por eles a esses Planos. Ele lembra, então, como é importante planejar. O planejamento nos permite tomar decisões no dia-a-dia voltadas para a realização dos objetivos almejados. O planejamento parte da identificação de problemas, passa à explicação desses problemas no seu contexto, à elaboração de possíveis cenários futuros e ao estudo sobre quais as possibilidades de realizar o plano.

Por mais importante que seja o planejamento para o exercício de um governo, na realidade uma grande parte dos gestores toma quase sempre decisões sem planejamento. Estão sobrecarregados, recebem pressões de todos os lados e acabam agindo como se todos os assuntos fossem urgentes. Assim, planeja-se o que não se faz e faz-se o que não se planeja. O resultado é que muitas decisões não mais estão voltadas para os objetivos definidos em programas de administração e visando à melhoria do SUS, mas são ditadas pelos interesses de determinados grupos que exercem mais pressão nos governos ou nas Secretarias de Saúde e no Ministério da Saúde. Afirma o monitor que a alternativa para enfrentar essas limitações consiste em trabalhar com a idéia de um planejamento situacional, que considere explicitamente os interesses em jogo no sistema de saúde e que o lugar dos Conselhos de Saúde, como atores nesse processo, é fundamental.

O monitor apontará a importância dos Conselhos no processo de planejamento e de como a avaliação e o acompanhamento do Plano de Saúde poderão ser instrumentos para o controle social. Deverá chamar a atenção para o fato de que a aplicação dos recursos destinados à realização das metas do Plano de Saúde segue um processo determinado: a Secretaria de Saúde elabora a proposta orçamentária e a encaminha ao Conselho de Saúde para discussão e aprovação; em seguida, a proposta vai se agregar a outras propostas de orçamento de outros órgãos do Poder Executivo que, como parte do orçamento municipal (ou estadual), será submetido à apreciação

e aprovação do respectivo Poder Legislativo para posterior sanção, com ou sem veto, pelo chefe do Poder Executivo.

Esse processo normalmente fica restrito à etapa relacionada à aplicação de recursos financeiros. Por isso, a despeito da importância de todas as etapas do processo, há alguns elementos do planejamento que são mais valorizados, como a elaboração do orçamento e a programação da assistência, que recebem diretamente os recursos federais para o estado ou o município. A discussão sobre orçamento é o eixo temático desta oficina.

O monitor deverá acrescentar que o tema desta oficina remete ainda ao Planejamento em Saúde, já que o orçamento é parte integrante de qualquer Plano de Saúde, mas que, diferentemente das outras partes, tem que ser aprovado pelo Poder Legislativo.

duração | 35 min

4º PASSO

ORÇAMENTO PRIVADO X ORÇAMENTO PÚBLICO

O monitor chama a atenção para as diferenças entre dinheiro privado e dinheiro público, que quer dizer, dinheiro do povo. Continua dizendo, por exemplo:

“Acontece que a implementação dos Planos de Saúde depende dos recursos orçamentários destinados a eles, ou seja, do dinheiro público. Vamos pensar um pouco sobre isso.”

Novamente, pede que o grupo se divida nos três subgrupos das oficinas anteriores, escolhendo um coordenador e um relator como das outras vezes. Solicita que permaneçam na própria sala em que estão e, em uma folha de papel, descrevam um orçamento familiar mensal (fictício), especificando bem o que são ganhos e o que são gastos previsíveis – respectivamente, as receitas e as despesas. Ganhos e gastos não previsíveis também são chamados desse modo.

Pede, depois, que o relator de cada subgrupo apresente o orçamento (fictício) que descreveu e brinca, perguntando ao grupo:

“E se o dinheiro não der, o que você vai fazer? E se o bico não sair este mês, qual é a despesa que vai dançar?” e outras perguntas que ajudarão a compreender que orçamentos individuais ou familiares nem sempre são tão rígidos e que pode haver espaço para jogo de cintura, para lidar com eles. Aqui, o monitor deve explicar que, enquanto todos nós somos obrigados a lançar mão de vários expedientes para dar conta de cumprir nosso orçamento doméstico, a mesma informalidade não pode ser usada com o dinheiro público, que é o dinheiro do povo. E acrescenta que é necessário fazer distinções entre os dois, sobretudo no que diz respeito a mecanismos com que se lida com um e com outro. O uso do dinheiro público pelas administrações públicas é definido pelas Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDOs) e pelas Leis Orçamentárias Anuais (LOAs), que são aprovadas pelo Poder Legislativo. Na área da saúde, os recursos devem cobrir despesas definidas nos Planos de Saúde, e os projetos dessas leis devem ser discutidos pelos Conselhos de Saúde antes do envio ao Poder Legislativo.

Aqui, o monitor explicará o que são as LDOs, as LOAs e o que é orçamento, desde seu processo de elaboração até seu processo de execução, a fim de que o Conselheiro possa adquirir uma noção básica sobre o assunto.

Será necessário que o monitor domine bem esses conceitos. A discussão deve ser provocada na plenária, para avaliar os conhecimentos de que os Conselheiros dispõem sobre o assunto. Todos que quiserem poderão falar a respeito, cabendo ao coordenador inscrevê-los e ao monitor discutir com eles suas afirmações.

O monitor pode pedir a um dos dois relatores do grupo que escreva no quadro alguns aspectos oriundos da discussão do orçamento que venham a enriquecer as discussões, tais como fontes fixas de receita e fontes alternativas, o que fazer com as despesas inadiáveis e não previstas (no caso de epidemias, por exemplo) e assim por diante. Nessa discussão, deve ficar claro o que os Conselheiros entendem por orçamento e que ele integra o Plano de Saúde.

É necessário que todos compreendam que cabe ao Conselho de Saúde acompanhar o processo orçamentário (levantamento das necessidades, definição dos recursos, elaboração do orçamento, discussão e aprovação da proposta orçamentária elaborada pela Secretaria de Saúde, discussão e aprovação no Poder Legislativo, sanção pelo chefe do Poder Executivo), bem como fiscalizar sua execução.

A definição de orçamento deve ficar exposta em um cartão durante todo o tempo da oficina.

ORÇAMENTO PÚBLICO É A PREVISÃO DE RECEITAS E DESPESAS NO PERÍODO DE 1 ANO

Atenção: por ser uma oficina sobrecarregada de assuntos técnicos, exigirá uma preparação especial do monitor.

duração | 45 min

5º PASSO

RECURSOS FINANCEIROS PARA A SAÚDE, SUA PREVISÃO LEGAL E O CONTROLE SOCIAL

O monitor deverá apresentar, para discussão, os artigos 195, 196 e 198 (§ 2º e 3º introduzidos pela Emenda Constitucional 29) e o artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, todos da Constituição Federal, e comentar a Lei 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Em seguida, perguntará qual dos Conselheiros presentes tem conhecimento e qual a sua compreensão sobre SIOPS - Sistema de Informação sobre Orçamento

Público em Saúde, Relatório de Gestão e de que forma são analisadas as prestações de contas do seu município.

Explorando tais conhecimentos, o monitor deverá construir uma síntese da discussão, utilizando, a seu critério, o auxílio de um dos relatores da oficina.

duração | 30 min intervalo | 10 min

6º PASSO ORÇAMENTO

Após apresentar as fontes de recursos do SUS, o monitor retomará a exposição, utilizando transparência ou outro recurso didático para mostrar como se faz o orçamento do Plano de Saúde de Novo Milênio (ou do plano escolhido). O Conselheiro poderá acompanhar no Caderno de Atividades.

QUADRO: ORÇAMENTO DO PLANO DE SAÚDE DE NOVO MILÊNIO

PRIORIDADE	METAS	OPERAÇÕES	VALOR (R\$)
Redução da mortalidade infantil e materna	Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 71/1.000 para 51/1.000 nascidos vivos	Construção de UTI neonatal e/ou berçário de risco	500.000
	Reduzir o coeficiente de mortalidade materna de 70/100.000 para 50/100.00 nascidos vivos	Contratação de 5 equipes do PSF	700.000
	Aumentar em 100% as consultas de pré-natal por parturientes no SUS	Aumento de 10 leitos obstétricos	400.000
Redução da mortalidade infantil e materna	Reduzir para zero o número de crianças de até 1 ano com desnutrição	Incentivo ao aleitamento materno, distribuição de cestas básicas às famílias com risco social.	40.000

PRIORIDADE	METAS	OPERAÇÕES	VALOR
	Ampliar para 100% o número de domicílios com acesso a água potável	Investimento em saneamento básico	1.000.000*
	Ampliar para 100% o número de domicílios com coleta regular de lixo	Investimento em saneamento básico	
	Ampliar para 100% o número de domicílios ligados ao sistema de coleta de esgoto sanitário	Construção de rede de esgotos	

*Recurso oriundo da fonte Tesouro Municipal.

duração | 30 min

7º PASSO

DISCUSSÃO DA SITUAÇÃO-VIVENCIAL

Como sempre, o grupo se dividirá em três subgrupos. A cada subgrupo será solicitado que leia e discuta a situação-vivencial que trata do tema orçamento, construída a partir do Plano de Saúde do município imaginário de Novo Milênio, abordado na oficina anterior.

Nesta etapa, os subgrupos devem ler e discutir a situação-vivencial relativa ao processo orçamentário, analisar a sua adequação ao Quadro de Metas do Plano de Saúde apresentado no passo anterior, discutir que medidas o Conselho de Saúde deve tomar diante de tais situações, bem como o que fazer para evitar que situações iguais ou semelhantes venham a ocorrer.

duração | 30 min

SITUAÇÃO-VIVENCIAL:

PROCESSO ORÇAMENTÁRIO

O Conselho de Saúde de Novo Milênio aprovou a meta de reduzir a mortalidade infantil de 71 para 51/1.000 nascidos vivos. Dentre outras medidas, o Plano Municipal de Saúde prevê a destinação orçamentária de 500 mil reais para a construção de berçário de risco. Apesar do apoio do secretário de Saúde, o orçamento sofreu modificações. Nas negociações finais entre os secretários do governo e o prefeito, representando uma coalizão de diferentes partidos políticos, a proposta orçamentária encaminhada à Câmara dos Vereadores não contemplou, para a saúde, os recursos no montante previsto pela Constituição de, no mínimo, 7%. Em decorrência dessa decisão final do prefeito, não será possível construir o berçário, a menos que se comprometa boa parte dos recursos orçados para as demais ações de saúde.

O prefeito, por sua vez, encaminhou a proposta orçamentária à Câmara dos Vereadores. Sabe-se que, uma vez examinada pelo Poder Legislativo, a proposta orçamentária pode ser alterada por meio de emendas. Foi o que aconteceu no caso, quando a maioria dos vereadores, procu-

rando atender aos seus interesses eleitorais, resolveu incluir a compra de duas ambulâncias e de caixões fúnebres, obrigando a Secretaria de Saúde a revisar o orçamento, suprimindo os recursos destinados à aquisição de novos equipamentos para o centro cirúrgico do hospital municipal.

O secretário de Saúde, assim como os demais secretários, tem a possibilidade assegurada pela Lei de Diretrizes Orçamentárias de modificar até um certo percentual a destinação de recursos orçados sem submeter esta decisão novamente à apreciação da Câmara dos Vereadores. Neste ano, o Secretário decidiu adquirir um tomógrafo computadorizado para o hospital municipal, remanejando a verba destinada à compra de aparelhos de raios X e de ultra-som (ecógrafo) para as policlínicas e para o hospital, respectivamente. Deve-se ressaltar que a aquisição do tomógrafo não constava como meta a ser cumprida no corrente ano, já que existe um aparelho desses no município vizinho localizado a menos de 50 km, adquirido pela prefeitura com verba da União e do estado.

8º PASSO

ELABORAÇÃO DOS RELATÓRIOS PELOS SUBGRUPOS

O relatório de cada subgrupo deve começar a partir da existência ou não de compatibilidade entre a situação-vivencial descrita e o Quadro de Metas do Plano de Saúde em que se baseou (Oficina 5).

Deve, também, incluir medidas pertinentes quando se fizerem necessárias, corrigindo, minimizando ou impedindo os equívocos.

duração | 20 min

9º PASSO

APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS EM PLENÁRIA

Cada relator de subgrupo apresentará o seu relatório, devendo explicá-lo. É importante que ele não leia apenas, mas explique suas conclusões, sendo concedidos cinco

minutos, em média, a cada um. Quando todos terminarem, caberá ao monitor, em dez minutos, fazer seus comentários, sintetizar as conclusões e finalizar a atividade.

duração | 25 min

10º PASSO

Avaliação das atividades da oficina, por meio dos procedimentos de rotina.

duração | 10 min

11º PASSO

Encerramento das atividades, com anúncio da próxima temática e insistência na realização do relatório por um dos relatores, a quem o monitor deve fornecer apoio e subsídios.

duração | 5 min



OFICINA 7

**O CONTROLE DAS POLÍTICAS E
AÇÕES DO SUS: MECANISMOS DE
ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO
E FISCALIZAÇÃO**



OBJETIVOS

- ❖ Discutir os diversos mecanismos de acompanhamento, avaliação e fiscalização das políticas e ações do SUS.
- ❖ Capacitar os Conselheiros para a avaliação de resultados obtidos pelo SUS.



DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

- ❖ O Relatório de Gestão, como processo de sistematização e divulgação das ações previstas no Plano de Saúde e executadas pelo gestor.
- ❖ Avaliação do cumprimento dos objetivos e metas da Política de Saúde, no estado ou no município.
- ❖ Conhecimento de outras instâncias responsáveis pelo controle e fiscalização das ações desenvolvidas pelo SUS e da aplicação dos recursos financeiros.



DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

Leitura do relatório da oficina anterior.

duração | 5 min

2º PASSO

Escolha do coordenador e dos dois relatores da oficina.

duração | 5 min

3º PASSO**SÍNTESE DOS CONTEÚDOS ANTERIORES**

O monitor sintetiza o que foi discutido nas duas últimas oficinas e ressalta que essa oficina se integra às anteriores. Assim, poderá ficar bem claro como os Conselhos de Saúde deverão intervir, acompanhar, analisar e avaliar os procedimentos da Secretaria de Saúde, no sentido de exercer a função de Controle Social no SUS.

O monitor ressalta a importância dos temas discutidos nas oficinas 5 e 6. São temas importantes, e deverá ficar claro que não são meramente assuntos técnicos. O que está em jogo é a atuação do Conselho no sentido de verificar se estão ocorrendo melhorias na saúde da população e o que contribui mais para isso. É bom aproveitar esse espaço para tirar dúvidas e integrar o assunto desta oficina. Por exemplo:

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

PROCEDIMENTO	RESPONSABILIDADE PELA APROVAÇÃO	APROVAÇÃO	VALIDADE	CONTROLE
Agenda de Saúde	MS, SES, SMS	Conselhos de Saúde	1 ano	Conselhos de Saúde
Plano de Saúde	MS, SES, SMS	Conselhos de Saúde	4 anos	Conselhos de Saúde
Quadro de Metas	MS, SES, SMS	Conselhos de Saúde	1 ano	Conselhos de Saúde
Orçamento	MS, SES, SMS	Conselhos de Saúde, Poder Legislativo	1 ano	Conselhos de Saúde, Tribunais de Conta, Poder Legislativo
Relatório de Gestão	MS, SES, SMS	Conselhos de Saúde, Comissões Intergestoras	1 ano	Conselhos de Saúde
Prestação de Contas	MS, SES, SMS	Poder Legislativo após parecer do Tribunal de Contas	1 ano	Conselhos de Saúde, Tribunais de Conta

duração | 20 min

4º PASSO

OS RELATÓRIOS DE GESTÃO E A PRESTAÇÃO DE CONTAS – EXPOSIÇÃO DIALOGADA

O monitor propõe que se repita o exercício da oficina anterior: a simulação de uma reunião de Conselho. Informa que na pauta da reunião de hoje está a aprovação do Relatório de Gestão e da prestação de contas da Secretaria de Saúde. Ele procura esclarecer os Conselheiros sobre o que é um Relatório de Gestão. A pergunta será dirigida à plenária, colhendo-se duas, três ou mais respostas para construir uma definição de Relatório de Gestão.

A definição final – que será escrita no quadro – pode ser alguma coisa parecida com o que se segue:

O Relatório de Gestão é um documento produzido por técnicos das Secretarias de Saúde e aprovado pelos Conselhos de Saúde e referendado pelas Comissões Intergestores, no qual estão sistematizadas informações sobre o cumprimento das metas definidas nos Planos de Saúde e divulgados a análise e os resultados obtidos pelos gestores, bem como as justificativas pelo cumprimento parcial ou não-cumprimento de determinada meta.

Discute-se, então, a elaboração do Relatório de Gestão:

- ❖ quem elabora;
- ❖ quando é elaborado e apresentado;
- ❖ a quem é submetido;
- ❖ quem analisa, aprova e referencia.

O monitor lembra que esse documento é que vai atestar ou não a probidade dos gestores do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde, responsáveis pela implantação dos programas do SUS no Brasil, nos estados e municípios.

O monitor concluirá a definição das responsabilidades dos Conselhos de Saúde em relação ao Relatório de Gestão:

Cabe aos Conselhos verificar a execução das metas previstas no Plano de Saúde, comparando os indicadores constantes no Relatório de Gestão com os quadros de metas do Plano – e o que é mais importante: avaliar se as ações desenvolvidas pela Secretaria estão beneficiando os cidadãos e melhoram a saúde da população. Outro aspecto importante é ver se os recursos gastos foram bem aplicados ou poderiam ter sido usados de forma melhor.

O prazo para a análise e aprovação do Relatório de Gestão deve ir até fevereiro do exercício seguinte. Por exemplo: o Relatório de Gestão referente a 2001 deverá ser analisado e aprovado até fevereiro de 2002, para permitir a reformulação do Plano de Saúde.

É preciso lembrar que os resultados podem ficar aquém do cumprimento das metas. Isso se explica, dentre outros motivos, por diferentes opções políticas, por falta de recursos, por conflitos entre interesses públicos e interesses privados e por planejamento inadequado. Os Conselheiros devem observar que pode acontecer o não-cumprimento, pelos gestores, de todas as metas, mas nesse caso eles devem justificar e fundamentar. Por isso, para analisar o Relatório de Gestão, os Conselheiros devem conhecer bem o Plano de Saúde – com Orçamento e Quadro de Metas – e acompanhar as obras, aquisição de equipamentos, contratação de pessoal e outras ações.

duração | 30 min

5º PASSO

O CONSELHO DE SAÚDE EM AÇÃO

Para entender bem o papel do Conselho de Saúde quanto à fiscalização das ações da Secretaria da Saúde ao lado de outras instâncias de controle e fiscalização, será dramatizada uma reunião do Conselho de Saúde do Município de Novo Milênio em que a pauta é a aprovação do Relatório de Gestão. Para essa dramatização, o grupo receberá uma senha do personagem que irá representar. Esta senha deve ser distribuída de forma a incluir todos os integrantes do grupo em todos os papéis previstos: um membro do Ministério Público, um auditor, o diretor de planejamento da Secretaria, Conselheiros, a mesa diretora de até 3 membros. A distribuição dos papéis de Conselheiros deve se aproximar da composição real de um Conselho que, de acordo com a Resolução 33/90, é formado por representantes dos usuários (50%), dos trabalhadores de saúde (25%) e dos prestadores de serviços públicos e privados (25%). É importante destacar que os participantes da dramatização procurem agir e falar de acordo com os interesses do segmento que nesse momento estão representando. É desejável que a senha dos personagens de membro do MP, auditor e dirigente de planejamento contenha uma informação mínima da função do respectivo personagem. Da mesma forma, os membros da comissão do Conselho devem ser identificados na senha.

Sempre que possível, o monitor deverá convidar para participar da dramatização representantes oficiais dos órgãos envolvidos, notadamente o membro do Ministério Público.

duração | 5 min

6º PASSO

LEITURA DO PARECER

Um integrante da mesa diretora abre a reunião e informa que o assunto da oficina é a aprovação do Relatório de Gestão. Ele explica que, devido à complexidade do relatório, este foi encaminhado à Comissão de Avaliação e Controle do Conselho Municipal de Saúde, que deu um parecer sobre ele. Em seguida, convida uma pessoa da comissão para ler o parecer.

PARECER DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE: CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVO MILÊNIO

ASSUNTO:

Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, ano 2001

HISTÓRICO:

Em 15 de janeiro próximo passado, a mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde recebeu o Relatório de Gestão referente ao ano 2001. A comissão o recebeu no dia 17 de janeiro com a solicitação de dar um parecer para subsidiar o plenário do Conselho Municipal de Saúde. O relatório recebido compõe-se das seguintes partes:

1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

- 1.1. POPULAÇÃO SEGUNDO DEPENDÊNCIA DO SUS
- 1.2. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO ÁREAS DE RISCO
- 1.3. VISÃO DA POPULAÇÃO SOBRE O SUS

2. UNIDADES ASSISTENCIAIS

- 2.1. DISTRIBUIÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL
- 2.2. PROCEDÊNCIA DAS PESSOAS ATENDIDAS

3. A PRODUÇÃO DE AÇÕES ASSISTENCIAIS EM RELAÇÃO ÀS NECESSIDADES DE COBERTURA

- 3.1. AÇÕES ASSISTENCIAIS AMBULATORIAIS
- 3.2. CONSULTAS POR TIPO E NECESSIDADE DA POPULAÇÃO DEPENDENTE DO SUS
- 3.3. CONSULTAS SEGUNDO O TIPO DE PRESTADOR
- 3.4. PRODUÇÃO/NECESSIDADE DE CONSULTAS PARA A POPULAÇÃO TOTAL

3.5. DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS EM CLÍNICAS BÁSICAS

3.6. PRODUTIVIDADE

4. FINANCIAMENTO

- 4.1. ÁREA AMBULATORIAL
- 4.2. ÁREA HOSPITALAR

5. PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DA POPULAÇÃO SEGUNDO A DEMANDA ASSISTENCIAL

- 5.1 GERAL (UNIDADES BÁSICAS / UNIDADES ESPECIALIZADAS / UNIDADES DE URGÊNCIA)
- 5.2. PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR
- 5.3. EVOLUÇÃO DO QUADRO DE MORTALIDADE
- 5.4. PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DE CRIANÇAS
- 5.5. PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DE ADULTOS

MÉRITO:

O relatório se restringe tão-somente a ações de assistência médica, não incluindo ações preventivas e ações de promoção de saúde, deixando de abordar ações de outras secretarias que dizem respeito à saúde no sentido de prevenir doenças ou de contribuir para a promoção da saúde. Assim, o relatório não avalia por que ainda não foram implementadas as equipes do PSF. Constata-se, também, que as ações realizadas pela Secretaria não foram avaliadas à luz da Agenda Municipal e que o relatório não inclui uma avaliação do quadro de metas. Dessa forma, o relatório não explica por que o projeto de ampliação das redes de esgoto e de abastecimento de água não foi executado, embora conste no Plano de Saúde como a ação principal para diminuir a mortalidade infantil.

Quando se observa a distribuição de consultas por tipo, verifica-se uma distorção importante: apenas 40% de todas as consultas são básicas, contra 36% de consultas de urgência e 24% de consultas especializadas. Se a rede básica funcionasse bem, essa distribuição provavelmente seria de 75% de consultas básicas, 12,5% de consultas de urgência e 12,5% de consultas especializadas. O relatório não explica por que isso ocorre e se houve mudanças em relação a anos anteriores. Suspeita-se de que essa distribuição expressa mais os interesses dos médicos do que as necessidades da população.

A parte do relatório que fala sobre o financiamento somente apresenta os recursos gastos com a produção de serviços ambulatoriais e hospitalares e não informa o gasto com outras ações. Isto faz com que não haja uma resposta à denúncia feita no ano anterior pelo Conselho, de que o secretário gastou o dinheiro do Programa Aids com um jornal que só fazia propaganda da pessoa do secretário.

VOTO:

A comissão julga que o relatório não deve ser aprovado, considerando as falhas apontadas.

O coordenador da reunião informa que duas pessoas da Comissão do Conselho responsável pelo parecer não concordaram com o seu conteúdo e justificaram por escrito, ao votarem contra. Trata-se do chefe do Departamento de Planejamento da Secretaria do segmento de gestores e de um usuário, dono da maior farmácia do município. Ele solicita, então, que sejam lidas as justificativas.

JUSTIFICATIVA DE VOTO DO CHEFE DO DP

O Relatório de Gestão tem falhas e de fato não aborda as ações preventivas e de promoção e não avalia o cumprimento do quadro de metas. Entretanto, cada ano o Ministério da Saúde inventa outras peças burocráticas: quadro de metas, agenda etc. Ele tem só um funcionário na sua repartição e por isso não teve condições de fazer um relatório de gestão diferente dos relatórios dos anos anteriores. Além disso, as ações assistenciais são as mais importantes e gastam a maior parte dos recursos.

Quanto à distorção que a comissão apontou em relação à distribuição de consultas, ele não concorda. A população tem direito à melhor assistência possível. Restringir o acesso a consultas especializadas significa aceitar a política neoliberal do Banco Mundial, que propaga que o governo somente tem que garantir o acesso à atenção básica.

A denúncia de desvio dos recursos do Programa Aids também não é procedente. A Secretaria quer prestar uma atenção integral e, por isso, não quer vincular recursos a programas específicos. Além disso, o Ministério age contra a legislação quando passa recursos para programas específicos em vez de passar os recursos de fundo para fundo.

JUSTIFICATIVA DO REPRESENTANTE USUÁRIO

O secretário de Saúde tem feito um bom trabalho, pois antes muita gente não tinha acesso a consultas especializadas. Por isso, não vamos condená-lo por causa de um relatório de gestão. Quanto ao jornal que a Secretaria publicou com dinheiro do Programa Aids, é muito importante que a Secretaria divulgue tudo o que faz e que a população saiba bem quais serviços são oferecidos.

duração | 15 min

7º PASSO

A FALA DO PROMOTOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO

A mesa diretora explica que, pelo fato de o parecer apresentar indícios de irregularidades no relatório de gestão, inclusive suspeita de desvio de recursos públicos, convidou um representante do Ministério Público para participar da reunião do Conselho de Saúde, com o objetivo de esclarecer o papel do MP no controle social no SUS e opinar sobre que providências poderão ser adotadas pelo Conselho e pelo MP.

O representante do MP se apresenta e explica qual é a função do MP em relação ao SUS (esta função deve ser explicada na senha por escrito ou em instrução verbal do monitor ao dramatizador do papel do MP). Em seguida, ele comenta o parecer da comissão, dizendo que o MP poderá tomar ele mesmo a iniciativa de abrir uma investigação sobre a denúncia de desvio de recursos e mesmo sobre o fato de que, aparentemente, a Secretaria privilegia ações curativas em detrimento de ações preventivas e de promoção da saúde. Entretanto, o Conselho poderá encaminhar também essas denúncias e solicitar uma investigação. Isto é normalmente mais apropriado, pois o MP não tem condições de acompanhar tudo.

duração | 20 min

8º PASSO

A FALA DO AUDITOR

A mesa diretora convidou também um representante do Sistema de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Saúde. Este explica como é organizado o Sistema de Controle, Avaliação e Auditoria no SUS e quais as competências. Em seguida, ele comenta o parecer, explicando que uma avaliação da estrutura dos serviços e dos resultados obtidos compete ao Sistema de Controle e Avaliação, mas que isto exigia um estudo mais aprofundado. Quanto à denúncia de desvio de recursos, ele observa que a Secretaria não poderá desviar recursos vinculados a um programa para outros fins e que, quando for realizada uma auditoria a pedido do Conselho, isto será apontado. Cabe ao monitor, nesse momento, explicar o repasse de recursos de acordo com os princípios do SUS e os riscos de desvios desses princípios em qualquer nível do sistema.

duração | 20 min intervalo | 10 min

9º PASSO**O CONSELHO DISCUTE O RELATÓRIO DE GESTÃO**

Após a leitura do parecer, das justificativas dos votos contrários e das falas do representante do MP e do Sistema de Avaliação, Controle e Auditoria, a mesa diretora abre o debate sobre o parecer, convidando os Conselheiros a se pronunciarem. Se o debate não revelar posições claras, a mesa diretora poderá convidar uma pessoa a falar em favor da aprovação do relatório e outra contra a aprovação. É possível chegar a um acordo, aprovando o relatório com ressalvas ou adiar a votação, aguardando um novo relatório da Secretaria.

duração | 50 min

10º PASSO**VOTAÇÃO DO RELATÓRIO**

Se não houver nenhum acordo, a mesa diretora estabelece o regime de votação e convida os Conselheiros a votarem a favor ou contra a aprovação do relatório. Após a contagem dos votos, o monitor explica que se trata de uma decisão importante do Conselho, por isso ela deve ser redigida por meio de uma resolução (sugerir como poderá ser uma resolução). Esta deverá ser homologada pelo chefe do Executivo, que, dependendo do instrumento jurídico que criou o Conselho, pode ser o secretário de Saúde ou o prefeito ou mesmo o governador. Pode ocorrer recusa da autoridade constituída em homologar a decisão. Neste caso, o Conselho poderá entrar numa negociação política com a autoridade ou solicitar uma ação do Ministério Público.

duração | 20 min

11º PASSO**AValiação DA REUNIÃO DO CONSELHO**

O monitor continuará a oficina, propondo uma avaliação que abrange dois tópicos: o entendimento da ação fiscalizadora do Conselho e dos instrumentos de fiscalização e avaliação; e a dinâmica de uma reunião dos Conselhos. É um momento em que os participantes terão oportunidade de expor e trocar suas experiências, julgar o que já aprenderam sobre o assunto e quais conhecimentos lhes faltam. O monitor deverá julgar se essa avaliação poderá ser feita em plenária ou se a divisão em subgrupos favorece mais a participação de todos. Neste último caso, ele deverá restringir o tempo de discussão e reservar um pequeno tempo para a apresentação das conclusões de cada subgrupo (5 minutos para cada subgrupo).

duração | 45 min

12º PASSO

Encerramento, introdução do próximo tema, lembranças sobre o relatório, apoio ao relator.

duração | 5 min



OFICINA 8

AGENDA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

OBJETIVOS

- ❖ Refletir sobre a necessidade de adquirir novos conhecimentos.
- ❖ Refletir sobre a possibilidade de transmitir os conteúdos da capacitação a outros Conselheiros.
- ❖ Construir, com base na avaliação de sua experiência anterior do curso de capacitação e dos conhecimentos ali adquiridos, uma Agenda de Temas Básicos que torne mais eficaz e visível a ação dos Conselhos de que fazem parte.

DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

- ❖ Reflexão crítica sobre os Conselhos de que fazem parte, em seus aspectos políticos, funcionais, operacionais e produtivos.
- ❖ Compreensão, por parte dos sujeitos envolvidos no processo de Controle Social do SUS, da necessidade de construção de uma Agenda de Temas Básicos como mecanismos importantes para instrumentalização dos Conselheiros de Saúde no desempenho de suas funções e de sua atualização e capacitação.
- ❖ Criação de propostas de aproveitamento do curso para adaptação à realidade dos Conselhos e para transmissão de conhecimentos.

DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

Leitura do relatório da oficina anterior.

duração | 5 min

2º PASSO

Escolha do coordenador e dos dois relatores da oficina.

duração | 5 min

3º PASSO

INTRODUÇÃO À TEMÁTICA

O monitor dirige-se à plenária, fazendo uma breve introdução do assunto da oficina.

Poderá dizer, por exemplo:

“Hoje, estamos chegando à última etapa programada para este curso de capacitação. Estivemos juntos todos esses dias, com o objetivo maior de aumentar nossa bagagem de reflexão e conhecimentos, de modo a exercer melhor nossa função de Conselheiros de Saúde. De antemão, pudemos observar que ser Conselheiro não é fácil. Exige que se saiba muita coisa, não só sobre a realidade de nossos municípios e estados com todos os seus problemas como, também, sobre as estruturas de funcionamento do SUS, os diferentes papéis dos Conselhos dentro da política de Saúde e o que se espera da Participação Popular e do Controle Social. Descobrimos os caminhos para formular políticas e analisar documentos oficiais (como Plano de Saúde, Orçamento e Relatório de Gestão), discutindo, apresentando sugestões, ou lhe dando aprovação. Descobrimos que outras entidades podem ser nossas parceiras. Enfim, eu penso que, por ser o controle social um processo em permanente evolução, ser Conselheiros de Saúde exige sempre novos conhecimentos. Esta última oficina vai ser uma oficina de reflexão sobre tudo isso, e sobre a construção de uma Agenda de Temas Básicos que leve em conta a pertinência (discussões sobre temas que são atribuições do Conselho), a relevância (temas prioritários e importantes para o Conselho), a tempestividade (é necessário e oportuno discutir o tema nesse momento) e a precedência (preservar a ordem das solicitações para discutir o tema)”.

O monitor não precisa usar as palavras que estão aí. Deve usar sua linguagem própria e estilo pessoal, mas é bom que consiga fazer a ligação entre todos os assuntos que foram objeto das oficinas, para dar uma visão de conjunto ao programa realizado. É necessário, logo de início, começar com essa pequena exposição, para poder orientar bem a oficina.

duração | 10 min

4º PASSO

CONSTRUÇÃO DA AGENDA DE TEMAS BÁSICOS

Aqui o monitor, lembrando a dinâmica da primeira oficina, em que cada um selecionou os problemas de seu município, propõe que cada participante, em uma folha de papel, liste, sucintamente, os 3 principais temas que o Conselheiro julgue mais importantes para serem contemplados na Agenda do seu Conselho. A escolha deve contemplar um componente nacional uniforme, com assuntos de interesse geral, e um componente local, com assuntos de interesse local. Cada tema escolhido deverá ser acompanhado de uma justificativa, também sucinta.

Essa atividade se refere ao Conselho de Saúde de que cada um faz parte e pode se intitular: “A Agenda do Meu Conselho será essa.”

duração | 10 min

5º PASSO

O monitor pede que se dividam em 3 subgrupos, elegendo coordenador e relator para cada subgrupo.

Solicita que os subgrupos leiam em conjunto os temas básicos escolhidos por cada um dos Conselheiros participantes dos subgrupos e que façam uma triagem, como na Oficina 1, escolhendo os 6 temas que vão constituir a Agenda de Temas Básicos, levando em conta:

- ❖ a pertinência (discussões sobre temas que são atribuições do Conselho);
- ❖ a relevância (temas prioritários e importantes para o Conselho);
- ❖ a tempestividade (é necessário e oportuno discutir o tema nesse momento); e
- ❖ a precedência (preservar a ordem das solicitações para discutir o tema).

Uma vez escolhida a Agenda com os seis temas que devem ser estudados, o monitor pedirá que cada subgrupo discuta sua Agenda e faça seu relatório procurando responder às seguintes questões:

- ❖ Quais temas escolhidos contemplam o componente nacional e quais contemplam o componente local?
- ❖ Quais as razões que levaram à escolha dos temas?
- ❖ Que medidas o Conselho precisa adotar para assegurar o cumprimento da Agenda?
- ❖ Que conhecimentos são necessários para ajudar o Conselho no cumprimento da Agenda?

duração | 60 min

6º PASSO

APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS DOS SUBGRUPOS

Agora, serão apresentados os relatórios dos subgrupos em reunião plenária. O monitor, com auxílio do coordenador, irá anotando as dúvidas expressas pelos Conse-

lheiros nos relatórios, os temas das Agendas e os conhecimentos a serem aprofundados ou adquiridos.

É bom lembrar que essa é uma atividade em que os Conselheiros devem exercer sua autonomia, buscando definir os próprios temas que deverão compor a Agenda de Temas Básicos para discussão no seu Conselho, de acordo com as necessidades sentidas e vivenciadas pelos Conselheiros. Não cabe ao monitor interferir ou fazer comentários, no sentido de mudar o ponto de vista de cada um, mesmo que não concorde com ele. Mais que nunca a posição do monitor, nessa etapa, é de mediação. Caso nenhum dos relatórios contenha o tema relacionado à transmissão de conhecimentos a outros grupos, ele pode lembrar, no final do trabalho, que essa é uma boa medida para acelerar o processo de capacitação de atuais e futuros Conselheiros e para o fortalecimento do controle social.

O monitor chamará a atenção de que o que se fez nesta oficina foi uma simulação de construção de uma Agenda de Temas Básicos para um Conselho que não é o seu e que é preciso, quando ele retornar ao seu Conselho, pautar a discussão da construção da Agenda, se ela ainda não foi construída.

duração | 30 min intervalo | 10 min

7º PASSO

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA OFICINA PELOS PROCEDIMENTOS DE ROTINA

Encerrado o 6º passo, o monitor pede ao grupo que se recomponha em plenária para fazer a avaliação da oficina. Informará, também, que em seguida todos farão a avaliação do curso em duas etapas: uma por escrito e outra oral.

duração | 10 min

8º PASSO

AVALIAÇÃO POR ESCRITO

O monitor pede que, em 20 min, cada um faça **por escrito** sua avaliação pessoal do conjunto do curso, com base em um roteiro afixado em quadro ou transparência, contido também no Caderno de Atividades

duração | 30 min

AVALIAÇÃO DO CONSELHEIRO

- NOME (OPCIONAL)
- CUMPRIMENTO DOS OBJETIVOS
- RESPOSTA ÀS EXPECTATIVAS INICIAIS
- SUFICIÊNCIA NA EXPLANAÇÃO DOS TEMAS
- APROVEITAMENTO DO TEMPO/DURAÇÃO
- DINÂMICA DAS OFICINAS
- INFRA-ESTRUTURA
- DESEMPENHO DO MONITOR
- PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS
- DIFICULDADES ENCONTRADAS
- SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES
(EM ESPECIAL SOBRE COMO CONTINUAR
A CAPACITAÇÃO)

9º PASSO

Concluída a avaliação por escrito, o monitor informa que agora todos farão uma avaliação oral do curso e passará a palavra aos participantes. Lamentará a exigüidade do tempo e dará dois minutos a cada participante para seus comentários.

Reserva para cada comentário não mais de 5 min.

duração | 65 min

10º PASSO

Encerramento do curso, despedidas, agradecimentos e solicitações de que o último relatório seja feito e que o relator incumbido entregue-o pessoalmente ao monitor.

duração | 15 min



ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO

Neste momento, o monitor já terá realizado, na totalidade, o programa do Curso de Capacitação para Conselheiros de Saúde, por meio das oficinas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8.

É chegada, portanto, a hora de proceder à avaliação de seu trabalho, como uma forma de compreender melhor todos os aspectos que o envolveram, buscando causas, medindo conseqüências e sistematizando os resultados, para potencializar, assim, sua própria aprendizagem no processo educativo de que participou.

A avaliação de qualquer atividade pressupõe, sempre, um olhar retrospectivo para todas as etapas que foram cumpridas durante o desenvolvimento dessa mesma atividade. Às etapas mencionadas será atribuído um valor, assim como à atividade como um todo. É através desse olhar crítico e livre de pressões, já que dispõe de tempo e espaço para suas observações, que o monitor poderá incorporar, à sua prática futura, a experiência e os conhecimentos que lhe foi possível adquirir nesta oportunidade.

Para conseguir resultados mais realistas e próximos da verdade, na avaliação, o monitor do Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde disporá das oito atas correspondentes às oito oficinas, dos relatórios de cada um dos dias de trabalho, assim como de suas próprias observações diárias, que ele, certamente, terá registrado por escrito. Disporá também das avaliações por escrito de cada um dos integrantes do grupo. A avaliação geral, que realizará agora, deve-se apoiar nos dados desses documentos, mas necessitará de um esforço de compreensão de cada episódio à luz de sua importância nos efeitos finais obtidos em todo o processo.

Para facilitar essa tarefa, sugerimos aqui uma forma de encaminhamento da avaliação, através da qual o Curso de Capacitação de Conselheiros será revisto a partir de suas várias propostas, que vêm, desde o começo, sendo discutidas neste Guia.

Embora nos pareça de fundamental importância que o monitor tente registrar, baseado em seus pontos de vista, a sua impressão geral em face do trabalho que realizou, oferecemos uma espécie de roteiro de questões, às quais responderá, com os detalhes que achar convenientes, para trazer à luz o retrato mais fiel que for possível do curso que lhe coube liderar.

As respostas de cada questão podem ser tão longas quanto o monitor desejar, já que deverão, em primeiro lugar, satisfazer a necessidade do próprio monitor de sistematizar suas conclusões.

❖ ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO

QUANTO AOS OBJETIVOS:

O Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde se organizou em torno de objetivos descritos na proposta pedagógica do Guia do Monitor. Em função disso, o monitor deve ter estabelecido suas expectativas. Os Conselheiros, por sua vez, expressaram as suas na Oficina 1.

QUESTÕES:

- ❖ Que expectativas havia em relação ao curso em seu início, por parte do monitor?
- ❖ Que expectativas os participantes expressaram na oficina 1?
- ❖ O Curso, como um todo, parece ter cumprido as expectativas de um e de outros?
- ❖ Por que isso aconteceu, não aconteceu ou aconteceu apenas parcialmente?

QUANTO AOS CONTEÚDOS:

O programa do curso constou de oito oficinas sobre oito temas centrais, permeados por detalhamentos e temas transversais.

QUESTÕES:

- ❖ Os temas definidos foram todos abordados durante o Curso?
- ❖ Você considera que todos os temas foram suficientemente discutidos? Qual deles deixou a desejar?
- ❖ Você considera que houve, por parte dos Conselheiros, compreensão e assimilação de todos os temas?
- ❖ Entre os temas propostos, quais lhe pareceram mais difíceis de abordar?
- ❖ Qual dos temas pareceu carecer de fundamentação mais ampla?
- ❖ Que aspectos relativos a algumas temáticas não chegaram a ser mencionados ou não puderam ser consolidados?

QUANTO À PROPOSTA METODOLÓGICA

A proposta metodológica sugeriu a realização do curso através de oito oficinas, com carga horária total de 32 horas, e detalhou o desenvolvimento de cada uma delas.

QUESTÕES:

- ❖ Você achou fácil conduzir as oficinas?
- ❖ Você teria preferido outra maneira de trabalhar? Qual?
- ❖ As sugestões apresentadas no Guia do Monitor foram aproveitadas por você? Quais delas não foram aproveitadas?
- ❖ O trabalho em oficinas contribuiu para a integração do grupo que você liderou?
- ❖ Quais foram as maiores dificuldades que você encontrou nas diversas etapas das oficinas?

Exposições dialogadas.

Dinâmicas de grupo.

Sínteses.

Sistematizações.

Avaliações.

Outras.

QUANTO À INFRA-ESTRUTURA

A realização do curso só foi possível com o apoio de outras entidades locais, que cederam espaços, emprestaram equipamentos e participaram da produção indispensável ao desenrolar das atividades.

QUESTÕES:

- ❖ O espaço ou os espaços físicos foram suficientes para a realização do curso?
- ❖ Os espaços dispunham de condições adequadas como iluminação, ventilação e lugares para todos se sentarem?

- ❖ A carga horária do curso como um todo foi bastante para o desenvolvimento adequado do programa?
- ❖ Houve preocupação, por parte dos organizadores, de conciliar os horários de trabalho do curso com os horários dos transportes coletivos da região?
- ❖ Houve algum episódio ligado a questões de infraestrutura que impedisse a realização de alguma das atividades programadas?
- ❖ As relações entre o Grupo de Conselheiros e os responsáveis pela infra-estrutura foi harmoniosa?
- ❖ Caso tenham sido utilizados recursos audiovisuais que demandassem vídeo, DVD, retroprojektor ou outros aparelhos, todos funcionaram normalmente?

QUANTO À RELAÇÃO MONITOR-GRUPO

A proposta pedagógica trouxe uma reflexão profunda sobre a integração entre o monitor e seu grupo. A prática, entretanto, extrapola as propostas, podendo ou não cumprir seus pressupostos, uma vez que depende, fundamentalmente, das relações humanas.

QUESTÕES:

- ❖ Houve boa integração entre todos os participantes do grupo, incluindo-se aí o monitor?
- ❖ Você se sentiu à vontade no meio do grupo?
- ❖ Você teve a sensação de ter deixado o grupo à vontade?
- ❖ O grupo lhe pareceu interessado, motivado, e demonstrou-se participante e colaborador?
- ❖ Algum dos participantes desistiu no meio do grupo? Por quê?
- ❖ Houve rodízio contínuo para o desempenho de papéis (coordenador, relator e outros)?
- ❖ Algum membro do grupo permaneceu isolado ou teve participação restrita? Por quê?
- ❖ Foi possível observar progressos na atitude participativa de algum integrante do grupo? E o contrário?

- ❖ Como monitor, você teve prazer em conduzir o grupo?
Gostaria de repetir a experiência?

QUANTO AO GUIA DO MONITOR

Você recebeu um Guia do Monitor para auxiliá-lo em seu trabalho.

QUESTÕES:

- ❖ O Guia do Monitor foi útil ao seu trabalho?
- ❖ Que aspectos dele considerou mais importantes?
- ❖ Que falhas sentiu nele?
- ❖ A linguagem ali utilizada foi fácil de compreender?
- ❖ Os “textos de apoio” e a bibliografia indicada foram suficientes para deixá-lo bem informado sobre cada temática?
- ❖ As técnicas de dinâmica e aquecimento ali sugeridas ajudaram na realização das oficinas?
- ❖ Os tempos previstos para as atividades, em média, foram possíveis de ser cumpridos?
- ❖ Você acha que poderia usar esse mesmo Guia num próximo trabalho, ou preferiria descartá-lo e realizar seu próprio planejamento?

O MONITOR PELO MONITOR

Após responder às questões aqui propostas e, provavelmente, a todas as outras que lhe ocorrerão durante esse processo, o monitor terá realizado uma avaliação consistente de seu trabalho. Resta agora enriquecê-la com observações e reflexões próprias, autocríticas construtivas e reconhecimento dos ganhos obtidos com o Curso de Capacitação de Conselheiros. Caso o balanço final dessa experiência seja positivo, será de fundamental importância que encaminhe seu nome, sua disponibilidade e seu interesse à Comissão Organizadora, para que possa ser convocado em outros momentos.



CONSIDERAÇÕES FINAIS E BIBLIOGRAFIA

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos certos de que o Guia do Monitor não esgota os fundamentos necessários a um bom programa de capacitação para Conselheiros de Saúde. Mas continuamos a apostar nele como um instrumento precioso para aqueles que vão se dedicar a essa tarefa.

É preciso lembrar sempre que desse Curso de Capacitação dependerá a formação de Conselheiros de Saúde mais habilitados para o desempenho de suas funções. E que um Conselho de Saúde forte e atuante é determinante para uma rápida e efetiva implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos diversos municípios e estados, ampliando dessa forma as chances de um atendimento real, eficaz e abrangente para toda a população brasileira.

BIBLIOGRAFIA

AUCÉLIO, Patrícia Queiroz. **Afinal, o que é controle social e como é exercido no campo da saúde?** Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde – Estado de Goiás. Brasília: Universidade de Brasília/CEAM/NESP, agosto/setembro de 2001.

BARBOSA, Adilson J. P. **Organização político-administrativa do Estado Brasileiro, poderes e competências dos entes federativos.** Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde – Estado de Goiás. Brasília: Universidade de Brasília/CEAM/NESP, agosto/setembro de 2001.

BARROS, Elizabeth. **O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde.** In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org.). **Pesquisa Participante.** São Paulo: Brasiliense, 1981.

BRANDÃO, Zaia (Org.). **Democratização do Ensino: meta ou mito?** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

CONILL, Eleonor Minho & MARASCIULO, Antônio Carlos Estima. **Informações epidemiológicas como instrumento de planejamento dos serviços de saúde.** In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no

SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **A Constituição Brasileira e o Sistema Único de Saúde**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

FRANCO, Túlio & MERHY, Emerson. **PSP: contradições e novos desafios. Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde – Estado de Goiás**. Brasília: Universidade de Brasília/CEAM/NESP, agosto/setembro de 2001.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo; OLIVEIRA, Miguel Darcy de; OLIVEIRA, Rosiska Darcy de; et al – **Vivendo e Aprendendo**. São Paulo: Brasiliense/IDAC, 1980.

GADOTI, Moacir; et al. **Paulo Freire, uma biobibliografia**. São Paulo: Cortez Editora, UNESCO e Instituto Paulo Freire, 1996.

GUERRA, Erenice Alves. **Sistema orçamentário nacional. Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde – Estado do Acre**. Brasília: Universidade de Brasília/CEAM/NESP, julho de 2001.

JORGE, Elias Antônio. **Financiamento setorial do SUS e a questão da municipalização da saúde**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

MIRANDA, Simão de. **Oficina de Dinâmica de Grupos**. Papirus, Campinas, 1995.

NEDER, Carlos. **Atribuições dos Conselhos de Saúde e de seus Conselheiros**. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação

de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

NETO, Eleutério Rodriguez. **A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas.** In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Incentivos à participação popular e controle social no SUS. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

REZENDE, Conceição. **A reforma do Estado Brasileiro e o SUS. Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde – Estado do Acre.** Brasília: Universidade de Brasília/CEAM/NESP, julho de 2001.

SOUSA, Rosângela Maria Sobrinho. **Conferências de Saúde: intermediação de interesses no município de Teresina – PI.** São Paulo: PUC, 2001 (Tese de Doutorado).

VASCONCELOS, Celso dos Santos. **Construção do Conhecimento em Sala de Aula.** São Paulo: Libertad, 1995.

