

O Direito Sanitário
como instrumento
de fortalecimento
do SUS: a ênfase
na Educação
Permanente
em Saúde e os
Resultados do Curso
de Especialização

Projeto de intervenção ❄❄

RIO GRANDE DO SUL

Gisele de Jesus Silva ❄❄
Iana Caroline Dapper Kensy
Jéssica Camila de Sousa Rosa
Joseara Freitas da Cunha
Kellen Cristina Corrêa de Camargo Vendel
Lisiane Rodrigues Alves
Rodrigo Menegat do Amaral
Stella Maria Feyh Ribeiro

Projeto de Intervenção – Rio Grande do Sul*

Gisele de Jesus Silva
Iana Caroline Dapper Kensy
Jéssica Camila de Sousa Rosa
Joseara Freitas da Cunha
Kellen Cristina Corrêa de Camargo Vendel
Lisiane Rodrigues Alves
Rodrigo Menegat do Amaral
Stella Maria Feyh Ribeiro

Introdução

Este projeto foi desenvolvido como trabalho de conclusão de curso do 1º Curso de Pós-graduação em Direito Sanitário, na modalidade à distância, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) desenvolvido em parceria com o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). A proposta do curso perpassa o desenvolvimento de habilidades em áreas como do direito sanitário, políticas públicas e saúde coletiva voltados para a Educação Permanente em Saúde (EPS) e processos cotidianos experienciados no interior das Secretarias Estaduais de Saúde.

O curso foi destinado aos profissionais de saúde das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) de todo Brasil, do CONASS e da Fiocruz. Desse modo, este trabalho foi desenvolvido por profissionais da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) composto por cinco profissionais do direito que atuam no apoio jurídico tanto no nível central quanto nas instâncias descentralizadas desta secretaria; três profissionais de saúde, uma sanitarista que se dedica às ações e políticas de saúde e uma enfermeira auditora que atua na Auditoria em Saúde da SES; e uma bióloga vinculada à Fiocruz.

Desse modo, com vistas à proposta do curso em que a educação permanente fosse o foco do trabalho identificamos que a necessidade de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) estava entre as prioridades no estado do RS. Essa decisão de incluir a APS como prioridade tanto na agenda política quanto técnica desencadeou o

* Tutor: Jorge Otávio Maia Barreto e Examinadores: Maria do Socorro de Souza e Maria Zélia Soares Lins

início do processo de qualificação da APS no estado no ano de 2015, tendo como base o processo metodológico do CONASS que será descrito no decorrer deste trabalho.

A partir do estudo do processo de planificação e do modelo adotado, identificou-se que havia um ator social que não compunha este processo: o controle social. Com isso, a partir do entendimento de que os processos de qualificação na saúde devem se problematizar em cima da realidade vivida pelos atores sociais, nas necessidades de saúde dos indivíduos, da gestão e do controle social e ter como objetivo a transformação das práticas,¹ identificamos como estratégico envolver o controle social no processo de planificação da APS.

De acordo com Ceccim e Feuerwerker,¹ o controle social em saúde possui dois dispositivos importantes para orientar os sentidos da formação; trata-se da participação ativa da sociedade nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde. Porém, os resultados das Conferências de Saúde mostram que ainda não alcançamos graus mínimos de cidadania² e levantam a necessidade de exercermos o princípio de gestão democrática definindo meios pelos quais a sociedade pode participar no processo de definição, construção e operacionalização das políticas públicas.³

Nesse sentido, faz-se necessário a criação de espaços e canais de participação nos quais os sujeitos coletivos possam expressar seus interesses e demandas, orientando a administração pública no atendimento de suas necessidades básicas.³ Evidencia-se que a instância municipal de participação social se configura como uma forma de aproximar o Estado do cotidiano da população, em lócus privilegiados da expressão das necessidades e aspirações da população, além de sede importante para a integração, coordenação e definição do perfil das políticas sociais públicas.

Contudo, considerando esse cenário em que a qualificação da APS perpassa contextos diversos, de diferentes atores sociais e entendendo o controle social como ator com capacidade de potencializar esse processo, este trabalho se voltou aos conselheiros municipais e estaduais de saúde agregando e apoiando o trabalho em saúde no Estado do RS. O entendimento da importância do controle social na planificação da APS torna público e estratégico este trabalho, visando fortalecer a proposta já em curso e agregar novos atores ao processo de educação permanente.

O Estado do Rio Grande do Sul

O Rio Grande do Sul, em 2013, possuía população de 11.164.043, em 497 municípios, apresentado 2,75% da população em situação de extrema pobreza e com 29,80% da população com acesso aos planos de saúde.⁴

O Estado do RS apresenta divisão em 30 Regiões de Saúde, delimitadas conforme suas características e peculiaridades como identidade cultural, econômica e

social, formando agrupamentos de municípios limítrofes, a fim de integrar a organização, planejamento e execução de ações. Essa divisão encontra-se em conformidade com o Decreto n. 7.508/2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/1990 que nos dedicaremos a explicar no decorrer deste trabalho.

A configuração das Regiões de Saúde considera, ainda, a população residente e a pirâmide etária de cada uma delas, para a criação de um processo de gestão coletiva, bem como o planejamento regional. Além da divisão por regiões de saúde, a estrutura administrativa da SES-RS também é composta por 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que tem entre as suas funções a de organizar o sistema de saúde loco regional, apoiando com mais proximidade os seus territórios de abrangência. As CRS são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e pelo gerenciamento de ações e de serviços de saúde mediante a cooperação técnica e operacional realizada com os gestores municipais e prestadores de serviços.

No que se refere às informações sociodemográficas, dados dos censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1991, 2000 e 2010 demonstram taxas de analfabetismo, desemprego e percentual da população com renda inferior a dois salários mínimos menores no RS, quando comparado ao Brasil.

Em relação aos aspectos epidemiológicos o estado apresenta uma situação influenciada por diversos fatores demográficos, econômicos e socioculturais. O RS vem passando por rápido processo de transição epidemiológica, que acompanha a realidade brasileira,⁵ caracterizado por redução da mortalidade por doenças infecciosas e aumento na expectativa de vida, juntamente com a emergência de problemas crônicos e das causas externas de mortalidade, como violência, acidentes e suicídios.

No que diz respeito às causas de mortalidade no estado, em 2013 as doenças do aparelho circulatório estavam em primeiro lugar, seguidas pelas neoplasias, as doenças do aparelho respiratório em terceiro lugar e as causas externas no quarto lugar.⁶ Entre as doenças do aparelho circulatório, a principal causa é o infarto agudo do miocárdio que poderia ser evitável por meio da garantia do acesso aos serviços de saúde, acompanhamento na atenção primária com valorização das ações de promoção e educação em saúde.

Além disso, dados referentes à mortalidade neonatal, pós-neonatal, em menores de 1 ano, causas de sífilis congênita e AIDS, taxa de mortalidade materna, entre outros, se analisados junto aos dados de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS), e internações por condições sensíveis à APS, explicitam a necessidade de planificação da APS no estado. Assim, falar sobre toda a problemática que envolve a APS abarca questões como a garantia do acesso a serviços, ações e insumos, acolhimento, organização dos serviços e das equipes e a

própria trajetória do usuário na busca pelo cuidado.⁶

Todas as questões levantadas e dados epidemiológicos evidenciam as lacunas na APS e na RAS, exigindo estratégias de enfrentamento da problemática em que a formação de um conjunto de atores sociais envolvidos se apresenta como ferramenta essencial ao processo.

Porém, na lógica que foi pensada pelo CONASS,⁴ no projeto já desenvolvido em outros estados do país e em curso no RS, identificamos atores que não participam de forma ativa do processo de planificação da APS, mas que têm papel importante no rumo das políticas públicas de saúde: os conselheiros de saúde.

A qualidade da gestão do SUS tem relação direta com a participação dos usuários no processo de tomada de decisão sobre as políticas de saúde, de modo a estimular e apoiar a intervenção/proposição de espaços de discussão coletiva e intersetoriais, com a finalidade de potencializar a participação dos movimentos sociais na gestão do SUS.

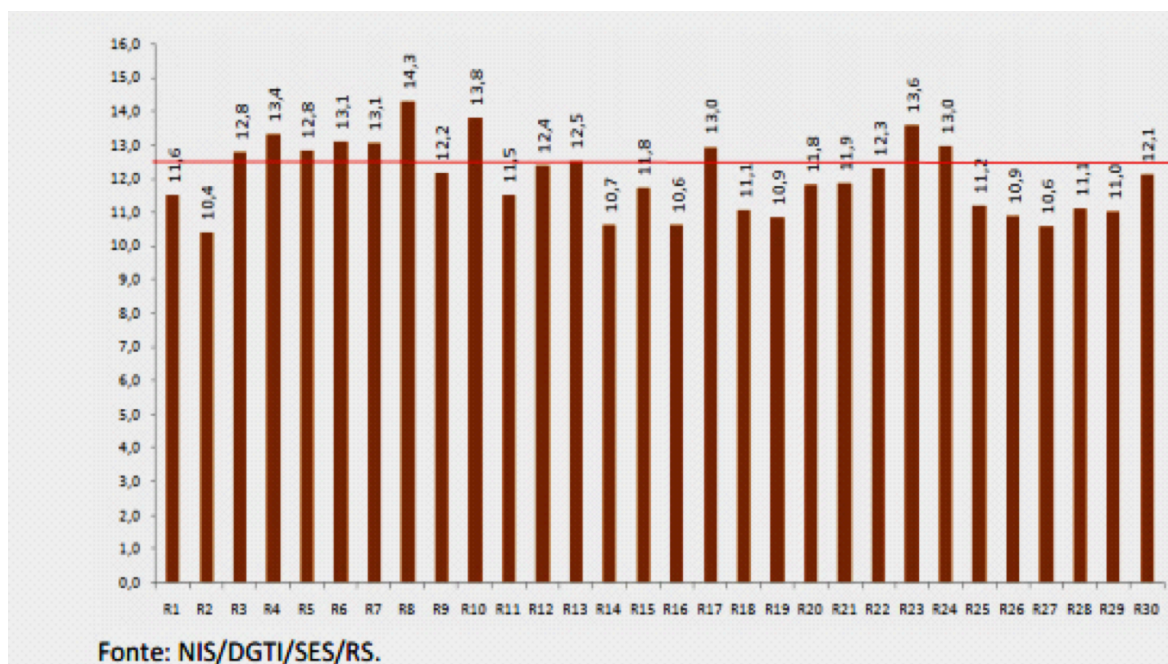
Assim, além de todos os dados apresentados e considerando que, entre as prioridades dos gestores estaduais e, ainda, seu papel como ordenadora do cuidado em saúde e na conformação das RAS, a proposta de trabalho aqui desenvolvida busca integrar os conselheiros de saúde de forma a contribuir com o processo de planejamento em saúde. Sobretudo, dar visibilidade ao papel importante que os conselheiros de saúde têm no SUS e sua capacidade de impulsionar e fortalecer as políticas públicas.

A estrutura das redes de atenção à saúde

A organização das regiões de saúde corrobora para a conformação da RAS, resultando das pactuações e diretrizes realizadas pelos gestores. As principais redes no Estado são: Rede Cegonha e Primeira Infância Melhor (PIM), Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.

A Rede Cegonha e Primeira Infância Melhor (PIM) apresenta alguns dados relevantes: o parto normal apresenta uma pequena alteração nos três anos em análise, do mesmo modo a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal. Porém o primeiro apresenta sensível diminuição de partos normais enquanto o segundo indicador apresenta pequeno aumento. Apesar da necessidade de que esses dados sejam analisados juntamente a outros indicadores para análises mais profundas, é possível ver claramente a relação desses indicadores com a APS.

Figura 1. Coeficiente geral de natalidade, por Região de Saúde, Rio Grande do Sul, 2014.



O indicador referente ao número de óbitos maternos por período e local de residência é o que mais apresenta alterações nos anos analisados, sendo esse um indicador sensível, entre outros, a aspectos socioeconômicos. A razão de mortalidade materna reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher. No ano de 2014 o RS apresentou uma razão de 41,2 mulheres por 100 mil nascidos. A meta estabelecida até o fim de 2015 pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU⁶ determinou razão de 35 mortes por 100 mil nascimentos.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), segundo o Plano Estadual de Saúde (PES),⁷ está estruturada da seguinte forma: no que se refere à atenção psicossocial, a SES/RS, por meio da Resolução CIB/RS n. 403/11 (Comissão Intergestores Bipartite), criou os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB), que trabalham conjuntamente com as equipes de APS na ampliação e qualificação do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas por meio de matriciamento, discussão de casos e atendimento compartilhado.

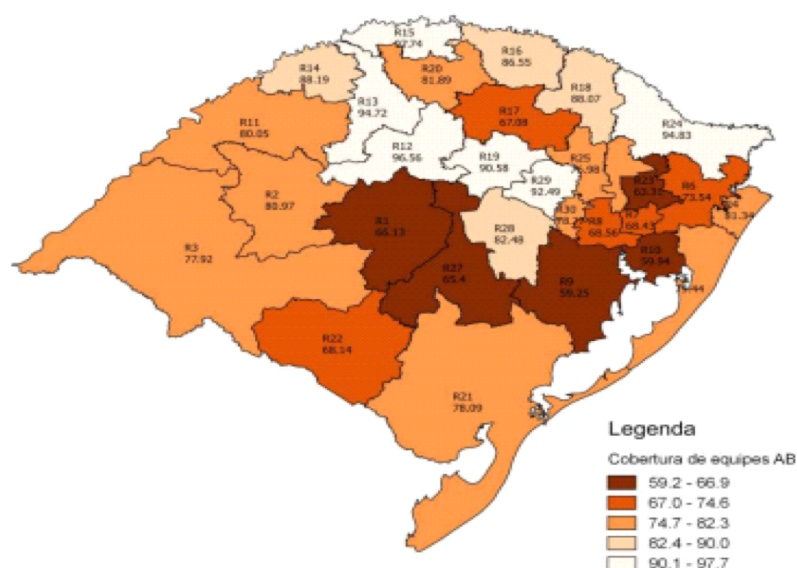
Por meio da Resolução CIB/RS n. 404/2011 foram criadas as Oficinas Terapêuticas (OT), que promovem atividades criativas em grupo, com o intuito de fortalecer os espaços comunitários de convivência, de promoção de saúde mental e de produção de redes de solidariedade. A SES criou, também, as equipes de composições de redução de danos por meio da Portaria Estadual n. 503/2014, cujas funções são as

de realizar o trabalho de campo nos locais de uso de drogas e ofertar apoio matricial no âmbito do cuidado em álcool e outras drogas. Atualmente, o RS possui 119 NAAB, 300 OT e 33 equipes de composição de redução de danos, sendo que todos esses dispositivos possuem incentivo financeiro estadual.

No que se refere a Rede de Urgência e Emergência, a meta de cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 estabelecida para o ano de 2014 foi 90,8% e objetivava aumento de 1% em relação à cobertura apurada no ano de 2013 (89,9%). Considerando a população residente nos municípios com acesso ao SAMU 192 no ano de 2014 e a população total do estado no mesmo período, a cobertura apurada do serviço SAMU 192 foi de 90%, representando aumento de 0,11% de cobertura no ano de 2014 em relação ao ano de 2013.

A APS, por sua vez, considerando seu papel estrutural na ordenação e estruturação da RAS, além de sua capacidade de promover articulação de diferentes políticas de saúde, apresenta uma estrutura que pode intervir na proporção de condições sensíveis à APS com ênfase em populações vulneráveis.

Figura 2. Cobertura de Equipes de Atenção Básica, RS, 2015.



Fonte: DATASUS/Ministério da Saúde.

A cobertura da APS apresentou aumento significativo, já as internações por condições sensíveis à APS, que são reflexo do funcionamento desse serviço e da sua efetividade, se manteve nos anos em análise.

No que se refere ao acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, houve oscilações, mas não em grandes proporções. Ampliar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família de 67,7% para 70%.⁸

No que se refere à organização da vigilância em saúde também apresenta diversas dimensões com papel importante na APS:

Figura 3. Fluxograma Vigilância em Saúde



Além de toda a estrutura do sistema de saúde e forma de organização no território do RS, conta-se ainda com o apoio da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde (FEPPS), entidade de Direito Público vinculada à SES/RS e criada pela Lei Estadual n. 10.349/1994, posteriormente alterada pelas Leis Estaduais n. 10.412/1995 e 11.793/2002. Seu objetivo é apoiar as políticas de saúde pública, mediante a realização de pesquisa e desenvolvimento, assim como de assessoramento a projetos em saúde, servindo de referência ao SUS.

A FEPPS é composta pelos: Centro de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CDCT) – é uma unidade pública de pesquisa em doenças de alto impacto em saúde; Laboratório Farmacêutico do Estado do Rio Grande do Sul (LAFERGS) – cuja finalidade é produzir e distribuir medicamentos para atender a Política de Assistência

Farmacêutica; Instituto de Pesquisas Biológicas/Laboratório Central de Saúde Pública (IPB/LACEN); Centro de Informação Toxicológica (CIT); e Hemocentro do Rio Grande do Sul – Hemorrede Pública (HEMORGS).

A intenção não é esgotar minuciosamente a estrutura do SUS no RS, mas sim levantar aqueles elementos que, além de fornecerem panorama geral do sistema de saúde, nos indica, coloca em evidência a importância da APS para o alcance dos princípios e diretrizes do SUS. Neste contexto, entende-se que, a partir dessa explanação, a composição desse projeto se coloque a favor do fortalecimento das redes, da integração e valorização de atores sociais, de um processo de gestão compartilhada e participativa no estado do RS.

A educação permanente como apoio na atenção primária em saúde

A formação engloba aspectos de produção de subjetividades, produção de habilidades técnicas e de pensamento, além do adequado conhecimento do SUS com potencial transformador das práticas profissionais e da organização do trabalho.¹

A qualificação de trabalhadores e alunos em temáticas como de redes de atenção à saúde e APS, gestão e controle social, são aspectos que vêm sendo valorizados.

Nesse sentido o ponto principal da proposta é fortalecer a APS. Desse modo, expõe-se proposta que entende o campo da educação permanente como produtor de aprendizagem significativa e que propõe a transformação das práticas profissionais baseada na reflexão crítica sobre práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços.

A educação permanente entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária.¹

As práticas na educação e pesquisa em saúde têm-se preocupado em compartilhar o entendimento que é necessário o reconhecimento não só das tecnologias duras que compõem a produção de conhecimentos, mas, também, das tecnologias leves,⁴ que envolvem o processo de trabalho, as novas relações de cuidado e invenções para a produção da integralidade da atenção.

Desse modo, reconhecendo que os conselheiros de saúde são elos entre as instâncias de controle social e a sociedade as quais representam e os resultados das Conferências de Saúde, além das potencialidades que identificamos no controle social, isso fez com que o público estratégico desse trabalho fosse os conselheiros de saúde.

Objetivos

Objetivo Geral

Incluir os conselheiros de saúde ao processo de Planificação da Atenção Primária em Saúde no Estado do Rio Grande do Sul.

Objetivos Específicos

1. Conhecer as demandas e necessidades de educação permanente dos conselheiros estaduais;
2. Levantar informações sobre os cenários de práticas, mecanismos de participação social e os espaços de controle social no Estado do RS;
3. Realizar a adaptação das oficinas utilizadas na planificação da APS no estado do RS inserindo as temáticas de controle e participação social em saúde.

Atenção primária em saúde e planificação

A Política Nacional de Atenção Básica,⁷ aprovada pela Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, do Ministério da Saúde, em seu Anexo A – Política Nacional de Atenção Básica, conceitua APS como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.⁷

A APS tem como fundamentos e diretrizes da territorialidade acesso universal e contínuo a serviços de qualidade e resolutivos, sendo a porta de entrada ao SUS, vinculação dos usuários e equipes, visando à continuar as ações em saúde, coordenar a integralidade em seus vários aspectos e estimular a participação dos usuários.

A preocupação em estruturar a APS decorre da base constitucional e legal do SUS, em especial no artigo 196, da Constituição Federal e nas Leis n. 8.080 e da Lei n. 8.142, ambas de 1990, que tratam das normas gerais de funcionamento do SUS. Posteriormente, foi introduzido o Piso da Atenção Básica (PAB), previsto na Portaria GM/MS n. 1882, de 18/12/1997. De acordo com Bodstein:⁷

[...] O PAB altera a lógica de repasse de recursos federais para o sistema de prestação de ações médico sanitárias e se constitui uma medida decisiva na perspectiva da descentralização financeira do sistema de saúde no Brasil, incentivando os municípios a assumirem, progressivamente, a gestão da rede básica de serviços de saúde. [...] ⁷

Visando à aproximação do SUS dos usuários e considerando a característica do cuidado em território, a APS constitui-se por políticas de atenção integral e suas linhas de cuidado: do ciclo vital (criança, adolescente, adulto e idoso); transversais (saúde bucal, mental, alimentação e nutrição, doença sexualmente transmissíveis e síndrome

da imunodeficiência adquirida (DST/AIDS), e populações vulneráveis (população indígena, população negra, população privada de liberdade, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, população de campo, pessoas em situações de risco, população imigrante, população cigana e outras).

A estrutura da APS compõe-se de:

- I) Unidades Básicas de Saúde (UBS), necessárias à realização das ações de APS nos municípios e Distrito Federal. São construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS. As UBS devem seguir as normas preconizadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), possuir manutenção regular de sua infraestrutura, estoque de insumos e medicamentos, equipes multidisciplinares para atendimento à população, devidamente cadastrados no sistema de cadastro nacional, garantia pela gestão municipal do apoio diagnóstico e laboratorial à população e fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde.⁷

No Estado do Rio Grande do Sul, a APS é ofertada em 2.657 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas em todos os municípios do Estado. A população coberta por este nível de atenção está estimada em 53%,⁷ tendo como referência 3.000 pessoas por equipe de Atenção Básica, conforme PNAB, recebendo atendimento de forma programada ou não nas especialidades médicas básicas e assistência odontológica por meio de diversos profissionais de outras áreas associadas a esta atenção.

- II) Estratégia Saúde da Família (ESF): segundo a Política Nacional de Atenção Básica: Visa à reorganização da APS no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.¹⁰

O RS definiu a ESF, em seu PES como:

[...] Modelo prioritário e estratégico para a qualificação do cuidado e para a melhoria do acesso da população gaúcha a Atenção Básica. Estudos tem demonstrado que a ESF possui impacto positivo sobre vários aspectos pertinentes a saúde da população nos diferentes ciclos da vida, corroborando os resultados da eficiência da adoção deste modelo. A estratégia favorece uma reorientação do processo de

trabalho, com maior potencial para o aprofundamento dos princípios e diretrizes do SUS, ampliando a resolutividade da atenção e impactando na situação de saúde das pessoas e coletividades.

Para intensificar os benefícios da APS e, sobretudo da ESF, no RS, o governo iniciou com o projeto Aqui tem Saúde na Família – Fortalecimento da Atenção Básica. Cada equipe se responsabiliza por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitados os critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território. Dentro dessa ótica, quanto maior for o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser o número de pessoas acompanhadas no território por equipe.

No contexto do fortalecimento da APS são agregados programas, políticas e estratégias que buscam contribuir para o aprimoramento, ampliação e qualificação da APS. No âmbito do RS pode-se citar, com base nas informações disponibilizadas no PES 2012-2015.¹¹

- a. Agentes Comunitários de Saúde (ACS) presentes em 451 municípios, totalizando 8.897 ACS que acompanham 43% da população, ou 4.624.894 pessoas;
- b. Programa de Saúde na Escola (PSE): cite-se ainda que 65 dos 170 municípios elegíveis já contam com adesão a esse programa até o final de 2012;
- c. Núcleos de Apoio a Atenção Básica (NAAB), criados pelo governo estadual para apoio e fortalecimento das ações em saúde realizadas pela Atenção Básica, em especial com problemas de saúde mental, uso abusivo de álcool e outras drogas, com 99 equipes implantadas no estado;
- d. Programa de Atenção Domiciliar no RS, direcionado a municípios com população superior a 40 mil habitantes, sendo que quatro dos 48 municípios elegíveis aderiram ao programa até o final de 2012;
- e. Consultório de Rua, visando ao atendimento à população de rua e em caráter itinerante, destinado aos municípios que possuam população de rua igual ou superior a 80 pessoas, com a adesão de três dos seis municípios aptos a adesão à proposta.

No que tange a programas nacionais da APS com adesão no estado do RS, são citados:

- a. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), cujo intuito é procura induzir processos que ampliem a capacidade de gestão tanto nas três esferas de governo, quanto nas equipes de Atenção Básica, com adesão de 67% dos municípios gaúchos, assumiram o compromisso de aprimorar e qualificar a gestão e as ações da Atenção Básica.

- b. Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) visa qualificar a gestão e o processo de trabalho das ESF. É uma iniciativa do Ministério da Saúde apoiada pelo Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), para promover a expansão da ESF nos municípios com população superior a 100.000 habitantes. No RS, 10 municípios recebem recurso do PROESF.
- c. Programa Academia da Saúde, o qual visa à necessidade de integração e continuidade das ações/cuidados de Atenção Básica e Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. A Academia de Saúde é um espaço físico para orientação de práticas corporais, atividade física, lazer e modos de vida saudáveis, que deve situar-se próxima a área de abrangência das UBS. Atualmente o RS tem 333 Polos de Academia da Saúde em diferentes estágios de construção distribuídos em 242 municípios gaúchos.
- d. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado pelo Ministério da Saúde foi criado por meio da Portaria GM n. 154 de 24 de janeiro de 2008, visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e a ampliação, a abrangência e o escopo das ações de APS, assim como a resolutividade, territorialização e a regionalização. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, em suas diferentes modalidades (NASF I e II), totalizam 26 equipes implantadas e 36 habilitadas no RS.
- e. Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) é uma iniciativa do governo federal que surgiu da necessidade de provimento e fixação de profissionais em áreas de maior vulnerabilidade. Assim, médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas recém-formados estão recebendo incentivos para trabalharem nessas localidades. O RS possuía, em 2012, sete dentistas, cinco médicos e nove enfermeiros distribuídos em diferentes municípios gaúchos desempenhando suas atividades vinculados ao PROVAB.

A saúde da família com a PNAB tem sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS. Ela possui as potencialidades para melhor utilização dos recursos públicos no atendimento da saúde da população e capacidade de gerar efetividade, evitando a sobrecarga do SUS em procedimentos de média e alta complexidade.

Registra-se que pesquisas têm demonstrado que a APS pode resolver 80% dos problemas de saúde da população e que os usuários atendidos pelas equipes da saúde da família registram maior satisfação com o SUS, e, em razão disso, que os indicadores de saúde são melhores nos territórios onde essa estratégia está implantada.¹³ Nesse sentido, nada mais lógico que o estado, no atendimento a seu dever constitucional, imprima esforços na estruturação da APS, visando ao acesso da população e imprimindo resolutividade na principal porta de entrada do SUS.

Nesse sentido, diante dessas considerações sobre a APS, é oportuno trazer ao debate a conceituação e contextualização da Planificação na Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, registra-se que, em 2011, o CONASS, estabeleceu entre as suas prioridades o fortalecimento da APS, considerando que a sua estruturação é fundamental para o fortalecimento das RAS. A APS é regulamentada pela Portaria MS/GM n. 2.488 de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, estabelece a revisão de diretrizes e normas para sua organização, define recursos orçamentários e revoga portarias anteriores.¹⁴

A proposta do CONASS é da realização da planificação da APS por meio de oficinas, com as equipes atuantes na APS, objetivando a construção e compartilhamento de conhecimentos e ferramentas de ação, pertinentes a realidade de cada um dos participantes. A planificação é um processo de planejamento da atenção à saúde que leva em consideração todas as suas etapas. Esse planejamento é necessário para que a APS exerça papel estratégico como coordenadora do cuidado aos usuários do SUS em determinado território. Desse modo, o conceito de planificação utilizado é o de processo de planejamento da atenção à saúde, de forma a ampliar horizontalmente a relação entre os participantes, com a importante troca de informações e a construção coletiva de propostas.⁷

A planificação (ou o planejamento) refere-se à ação e ao efeito de planificar, isto é, organizar-se ou organizar algo de acordo com um plano. Implica ter um ou vários objetivos a cumprir, juntamente com as ações a serem executadas para que esses objetivos possam ser alcançados. Como processo de tomada de decisões, a planificação é composta por várias etapas, partindo da identificação do problema. Uma vez este identificado, deve-se continuar com o desenvolvimento de alternativas, na busca da mais conveniente, para então dar início à execução efetiva do plano.

O processo de planificação com enfoque situacional foi originalmente proposto como uma teoria com capacidade de auxiliar uma prática concreta em qualquer dimensão da realidade social e histórica. É, portanto, “aplicável a qualquer caso onde haja uma situação de conflito e onde um ator possa agir democraticamente”.¹⁵

De acordo com o CONASS, para o alcance dos objetivos constitucionais do SUS, no que se refere à equidade e universalidade e para a melhoria dos indicadores de saúde da população brasileira, a APS tornou-se o foco da planificação.⁴

Cabe destacar que, no seu sentido mais amplo, a planificação tem lugar em quase todas as alturas da vida cotidiana. Por exemplo, sempre que uma pessoa decida apanhar um táxi para chegar a determinado lugar, é sinal que terá planejado uma forma de viajar com rapidez e eficácia. No entanto, a planificação pode ocorrer a longo prazo

e com decisões que envolvem milhares de pessoas, como poderá ser o caso da planificação levada a cabo no seio de uma grande corporação multinacional.

Quanto ao âmbito temporal, a planificação pode ser a curto, médio ou longo prazo; de acordo com a sua especificidade e a frequência de aplicação, pode-se falar de planificação específica, técnica ou permanente; por fim, se tivermos em conta a sua amplitude, a planificação pode dividir-se em estratégica, tática, operativa ou normativa.

Por outro lado, a atitude tomada dentro do processo de planificação pode classificar-se em reativa (quando as ações se focalizam no seguimento do estado atual da organização), ativa (são propostas alterações para manter a organização vigente) ou interativa (orientada para ter controlo sobre o futuro).

Portanto, o objetivo da planificação é propor intervenções para qualificar a atenção prestada à população, fortalecendo a APS na coordenação do cuidado e no ordenamento das RAS. A planificação é um processo de planeamento da atenção à saúde que leva em consideração todas as suas etapas. Esse planeamento é necessário para que a APS exerça papel estratégico como coordenadora do cuidado aos usuários do SUS em determinado território.

Controle e participação social

Controle Social

O conceito de “controle social” tem sua origem na segunda metade do século XX na sociologia americana, sendo concebido como um conjunto heterogêneo de recursos materiais e simbólicos disponíveis em uma sociedade para assegurar que os indivíduos se comportem de maneira previsível e de acordo com as regras e preceitos vigentes. A partir da década de 1940, agregaram-se, ao conceito de controle social, elementos associados com o fenômeno da interdependência social, ou seja, uma série de vínculos de reciprocidade firmados entre os indivíduos que integram a sociedade.¹⁶

Assim, o controle social é um instrumento democrático no qual há a participação dos cidadãos no exercício do poder colocando a vontade social como fator de avaliação para a criação e metas a serem alcançadas no âmbito de algumas políticas públicas, ou seja, é a participação do estado e da sociedade conjuntamente em que o eixo central é o compartilhamento de responsabilidades com o intuito de tornar mais eficazes alguns programas públicos, conforme corroboram.¹⁸ A efetivação do controle social ocorre de duas maneiras: pelo “controle natural”, que é executado diretamente pelas comunidades (como é o caso das associações, fundações, sindicatos etc.), e, pelo “controle institucional”, que é exercido por entidades e órgãos do Poder Público instituídos de interesse da coletividade (Programa de Proteção e Defesa do Consumidor (PROCON), Ministério Público etc.).

O controle social foi institucionalizado no Brasil por meio da Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937, e denominado de Conselho Nacional de Saúde (CNS) que debatia apenas questões administrativas internas. Era integrado por notáveis, que auxiliavam o Ministro da Saúde na condução das políticas de saúde. De acordo com ensinamento de Santos¹⁸ o CNS “não alcançava senão uma elite médica”, por possuir um perfil técnico.¹⁹ A sua atuação foi ampliada pelo Decreto n. 67.300, de 30 de setembro de 1970.¹⁶ Nessa fase, a promoção, proteção e recuperação da saúde passam a ser foco dos debates e caberia ao Conselho:

[...] examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação [...]

Sendo que, em 1987, foi publicado o Decreto n. 93.933, de 14 de janeiro,²¹ dispondo sobre a organização e atribuições do CNS, com funções normativas e de assessorar o Ministro de Estado da Saúde (Ministério da Saúde).

Destaca-se que a participação da sociedade civil organizada na saúde em nosso país, conforme bem cita Balsamão,²⁵ iniciou a partir da instituição do Plano Nacional de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, em 1981, que incorporava o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), Resolução n. CIPLAN-7, de 3 de maio de 1984, aprovou-se o documento denominado "Ações Integradas de Saúde – Orientação para Programação e Avaliação Conjunta que, em 1983, introduziu as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), no âmbito estadual, e no âmbito municipal, as Comissões Interinstitucionais Municipais de Saúde (CIMS), sendo que, a sua grande maioria, se transformaram nos atuais conselhos de saúde respectivos.

Assim, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, nasce o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), pelo Decreto n. 94.657, de 20 de julho de 1987,²⁵ sendo que, na exposição de motivos do Ministro da Previdência Social e Saúde,²⁴ aprofunda a transferência financeira para os municípios por meio do instrumento do convênio, condicionando, para a assinatura ao termo de adesão ao citado instrumento, que o município tivesse uma CIMS, composta com proporção paritária das entidades representativas da população e representantes de instituições convenientes.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, a criação do SUS, no inciso III, do art. 198, da Carta Magna, estabeleceu como uma das suas diretrizes a participação da comunidade, logo a existência dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, não foi explícita. Tal fato somente se deu com a sua regulamentação por meio da Lei

Orgânica da Saúde,²⁵ em que a participação da comunidade ganhou o *status* de princípio, por meio do inciso VIII, do art. 7º.

Dessa maneira, o conselho de saúde deixa de ser apenas uma instância administrativa consultiva e de assessoramento, como acima exposto, e passa a integrar a base do SUS, vindo então a ser regulamentado pela Lei n. 8.142, de 31 de dezembro de 1990, sendo consolidado como um dos ideais do movimento brasileiro da reforma sanitária, iniciado na década de 1970, da participação popular na política pública de saúde estabelecendo como instância colegiada do SUS a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, garantindo, em ambos, a paridade de representação do segmento dos usuários do SUS.²⁶

Assim, pode-se afirmar que hoje existe no setor saúde um “sistema nacional de participação” constituído pelo CNS, 26 Conselhos Estaduais de Saúde (CES), o Conselho de Saúde Distrito Federal, 5.564 Conselhos Municipais de Saúde (CMS), 34 Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e inúmeros conselhos locais, distritais, regionais e gestores.²⁷

No estado do RS, o CES foi criado pela Lei Estadual n. 10.097, publicado no Diário Oficial do Estado do RS em 14/1/1994²⁸ e, de um total de 497 municípios 27, estão cadastrados 491 Conselhos Municipais de Saúde,³⁰ sendo que 475, 96,74%, foram criados por Lei Municipal, oito, 1,63%, por Decreto Municipal e oito, 1,63%, por Portaria do Prefeito Municipal e, ainda, 119 CMSs, 24,24%, possuem Comissões em sua organização e 372, 75,76%, CMSs não possuem.

3.2.2. Participação Social

É imprescindível rememorar o tema da participação social nos conceitos de democracia e cidadania, ambos dinâmicos:

[...] expressam na realidade concreta como possibilidades objetivas de abertura de novas direções e novos refletir sobre os avanços e desafios da democracia e da cidadania na contemporaneidade, especialmente no campo da saúde, requer não se entregar ao fatalismo do “nada posso” ou à ilusão messiânica do “tudo posso”,³¹ mas reconhecer a contradição entre o ideal e o real e as contradições dos sentidos.

Assim, democracia, de acordo com o conceito grego, significa poder do povo (demos = povo; kratos = poder) e é concebida como soberania popular.³³ Dessa maneira, para melhor compreendermos o conceito de democracia, é importante relembrar as formas de governo que, segundo o filósofo Aristóteles, são três: monarquia (governo de uma só pessoa); aristocracia (governo de uma minoria) e democracia (governo da maioria). Porém, na democracia não governa a totalidade do povo, mas sim o maior número, que tem um conceito legal, não real.

Diante disso, a ideia de democracia tem um duplo sentido: formal ou estrito, que se traduz na fórmula clássica: “todo poder emana do povo e em seu nome será exercido”, estando pressupostos os princípios da temporariedade e eletividade das altas funções legislativas e executivas; e substancial ou amplo, a democracia é um ambiente, uma ordem constitucional, que se baseia no reconhecimento e na garantia dos direitos fundamentais da pessoa humana. A democracia serve ao estado como um meio para atingir o seu fim, e o fim do estado só pode ser o mesmo da sociedade civil que o organizou e em função da qual ele existe.³⁴

Dessa maneira, Maluf³⁴ doutrina:

Reunindo ambos os conceitos – formal e substancial – temos que a democracia consiste em um sistema de organização política no qual: 1º) todo poder emana do povo, sendo exercido em seu nome e no seu interesse; 2º) as funções de mando são temporárias e eletivas; 3º) a ordem pública baseia-se em uma Constituição escrita, respeitado o princípio da tripartição do poder de Estado; 4º) é admitido o sistema de pluralidade de partidos políticos, com a garantia de livre crítica; 5º) os direitos fundamentais do homem são reconhecidos e declarados em ato constitucional, proporcionando o Estado os meios e as garantias tendentes a torná-los efetivos; 6º) o princípio da igualdade se realiza no plano jurídico, tendo em mira conciliar as desigualdades humanas, especialmente as de ordem econômica; 7º) é assegurada a supremacia da lei como expressão da soberania popular; 8º) os atos dos governantes são submetidos permanentemente aos princípios da responsabilidade e do consenso geral como condição de validade.

A cidadania, conforme Camargo,³⁵ tem origem etimológica no latim “*civitas*”, que significa – cidade. Estabelece um estatuto de pertencimento de um indivíduo a uma comunidade politicamente articulada – um país – e que lhe atribui um conjunto de direitos e obrigações, sob vigência de uma constituição. Sendo que a cidadania moderna, embora influenciada por aquelas concepções mais antigas, possui um caráter próprio e possui duas categorias: formal e substantiva, quais sejam:

1. Conforme o direito internacional, cidadania formal é indicativo de nacionalidade, de pertencimento a um Estado Nação, por exemplo, uma pessoa portadora da cidadania brasileira. Em segundo lugar, na ciência política e sociologia o termo adquire sentido mais amplo.
2. Cidadania substantiva é definida como a posse de direitos civis, políticos e sociais. A compreensão e ampliação da cidadania substantiva ocorrem a partir do estudo clássico de T.H. Marshall – Cidadania e classe social, de 1950 – que descreve a extensão dos direitos civis, políticos e sociais para toda a população de uma nação. Esses direitos tomaram corpo com o fim da 2ª Guerra Mundial, após 1945, com aumento substancial dos direitos sociais – com a criação do Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) – estabelecendo princípios

mais coletivistas e igualitários.

Assim, como destaca Abreu³⁶ cidadania e democracia estão intimamente ligadas. Nessa perspectiva, constitui-se em um conceito que é histórico e político, pois:

Cidadania é a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado [...]. A cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez para sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de luta permanente, travada sempre a partir de baixo, das classes subalternas, implicando assim um processo histórico de longa duração Ashley *et al.* (2000).

No entanto, Abreu³⁶ sugere que a cidadania na atualidade está geralmente limitada a um caráter formal de igualdade e liberdade baseada em um *status* de cidadão juridicamente regulamentado que pouco se efetiva na prática e desconsidera a existência de classes sociais antagônicas.

Costa e Vieira³⁸ colocam que, no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, fazem-se alusões à participação social em todos os temas aprovados pelos delegados saúde. A participação da sociedade foi instituída nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, cujo papel tem o sentido imprescindível de transformação nas relações entre os atores no estado, tornando mais democrática a gestão pública. Sendo que a Constituição Federal de 1988 inovou ao garantir a participação social na gestão das políticas sociais. A institucionalização da participação social, que se materializa em conselhos e Conferências de Saúde, tem como intenção introduzir no interior do estado nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável à presença e à ação da sociedade. Ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade e o estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade para que, em tese, prevaleça o interesse público.

3.2.3. Gestão participativa ou democracia participativa

As Conferências de Saúde estão inseridas no que chamamos de “democracia participativa” e no “sistema descentralizado e participativo”, construído a partir da Constituição de 1988 e que permite a construção de espaços de negociação, a construção de consensos e dissensos, compartilhamento de poder e a corresponsabilidade entre o estado e a sociedade civil.⁴⁰

Em nível nacional já se realizaram, no período de 1941 a 2015, 14¹⁶ Conferências Nacionais de Saúde,⁴⁰ e, no estado do Rio Grande do Sul,⁴¹ contabiliza-se o número de sete conferências do período de 1991 a 2015.

As Conferências de Saúde são espaços institucionais de deliberação das diretrizes gerais de determinada política pública. São espaços mais amplos que os conselhos, envolvendo outros sujeitos políticos que não estejam necessariamente nos conselhos, por isso têm também caráter de mobilização social. Governo e sociedade civil, de forma paritária, por meio de suas representações, deliberam de forma pública e transparente. Estão inseridas no que chamamos de “democracia participativa” e do “sistema descentralizado e participativo”, construído a partir da Constituição de 1988 e que permite a construção de espaços de negociação, a construção de consensos e dissensos, compartilhamento de poder e a corresponsabilidade entre o Estado e a sociedade civil”.³⁹

Com isso, a participação do controle social no planejamento da gestão da saúde iniciou na VIII Conferência Nacional de Saúde e vem se repetindo, demonstrando a necessidade de realizar um processo constante de EPS para os conselheiros de saúde. No estado do RS as Conferências Estaduais de Saúde vêm ocorrendo desde 1991,⁴¹ sendo que, até 2015, já se realizaram sete, quais sejam:

Figura 4. Quadro Conferências Estaduais de Saúde do RS⁴¹

1ª Conferência Estadual de Saúde (1991): Municipalização é o caminho	– coordenada por CES/RS, DRS/RS e UFSM com as temáticas da 9ª Conferência Nacional de Saúde, ou seja, implantação do SUS: municipalização, financiamento, recursos humanos e gerência, controle popular, e, para o RS, as diretrizes para a formulação de um Plano Estadual da Saúde e o slogan “Municipalização é o caminho”.[...] houve ainda um debate entre as entidades sobre as propostas do colegiado estadual para reestruturar os Conselhos Nacional, Estadual e Municipais de Saúde, bem como indicar a representação do RS na Comissão Nacional de Preparação da 9ª CNS.
2ª Conferência Estadual de Saúde (1996): “Construindo um modelo de atenção à saúde: saúde e qualidade de vida”.	Quanto à participação: esta é focada no respeito às deliberações do CES/RS e dos Conselhos Municipais onde o Município já está municipalizado na condição semiplena, segundo a NOB/96 (RIO GRANDE DO SUL, 1996, p. 11).
3ª Conferência Estadual de Saúde (2000): “Efetivando o SUS: acesso, qualidade, e humanização na atenção à saúde, com controle	Ela se subdividiu em seis blocos temáticos: descentralização da gestão, regionalização da atenção, administração e formação em saúde pública dos trabalhadores, integralidade da atenção, ações e políticas intersetoriais e fortalecimento do controle social. A saúde acontece a partir do “fortalecimento do controle social para efetivação do SUS –ênfase ao acesso, à qualidade e à humanização da atenção”

social”.	(CES/RS, 2000, p. 2-3). E “a participação reafirma o SUS cada vez mais legal, como diz a marca aprovada.
4ª Conferência Estadual de Saúde (2003): “Saúde: direito de todos e dever do Estado”. A saúde que temos e o SUS que queremos. Apontando os caminhos para o SUS na Visão dos Riograndenses, contribuindo para o alcance de uma “Saúde para todos”	Exigir o cumprimento pela SES/RS a deliberação da 3ª Conferência Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul que aprovou a frase e o símbolo “O SUS é legal” para identificar o controle social ⁴¹ e Cumprimento da EC 029 e da Resolução n. 0333/2003 do CNS.
5ª Conferência Estadual de Saúde (2007): Saúde Qualidade de Vida: Políticas de Estados e Desenvolvimento	Visava avaliar os 20 anos do SUS no Brasil. Realiza mobilizações contra a privatização do SUS durante a Conferência Estadual de Saúde.
6ª Conferência Estadual de Saúde (2011): Todos Usam o SUS! Acesso e acolhimento com qualidade – um desafio para o SUS na seguridade social, política pública, patrimônio do povo brasileiro	Na agenda central a relação público-privada no SUS, a regulamentação da Emenda Constitucional n. 029, que trata de responsabilidade do financiamento do SUS em todas as esferas. A regulação da relação da gestão com as instâncias intergestoras em detrimento ao papel dos Conselhos de Saúde e a questão das fundações. Quanto ao controle social, posição contrária ao Ministro da Saúde ser presidente do Conselho Nacional de Saúde.
7ª Conferência Estadual de Saúde (2015): “Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro”	[...] a participação efetiva do conjunto da sociedade na formulação de diretrizes (conferências) definição de política de saúde e na fiscalização das ações dos gestores de cada esfera (conselhos). Se faz necessário a ampliação e reformulação da participação dos movimentos sociais no controle social. A conquista de melhores condições de saúde e qualidade de vida da população passa pela luta articulada e unificada dos diversos movimentos sociais e populares na construção do SUS (CES/RS, 2015).

Dessa maneira, constata-se que é recorrente a temática, nas Conferências de Saúde, tanto nacional quanto estadual, de cumprimento e respeito às resoluções dos conselhos de saúde, sendo que seus relatórios “são elaborados com a inclusão maciça de considerações e proposições que nada mais são que repetições dos nossos princípios constitucionais, onde a retórica ascética toma o lugar dos objetivos das conferências.⁴² Logo é necessário qualificar o debate por meio da promoção de educação permanente em saúde para os Conselheiros, resgatar a essência do poder deliberativo, como também do papel do controle social na formação da gestão da saúde.

Educação permanente em saúde: delineamentos

Educação Permanente em Saúde: o conceito

Quando ocorreu a implantação dos sistemas de saúde na América Latina, verificou-se uma série de carências estruturais, principalmente na formação e no desenvolvimento dos profissionais da saúde. Nesse contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) iniciou, na década de 1970, uma série de pesquisas com a finalidade de entender a lógica da formação profissional e institucional dos trabalhadores da saúde, propondo estratégias de aproximação do ensino à realidade do serviço.⁴³

A proposta de educação permanente disseminou-se pela América Latina como estratégia para o desenvolvimento da relação entre trabalho e educação. No Brasil, antes mesmo de a educação permanente entra na pauta das Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde, as Conferências Nacionais de Saúde já apontavam a inadequação da formação dos trabalhadores frente a realidade dos serviços de saúde brasileiros.⁴³

A partir disso, a educação permanente passou a ser difundida como uma mudança adequada ao contexto histórico, o que no Brasil estimulou trabalhos, estudos, discussões e propostas em fóruns que culminaram na criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), no ano de 2003,⁴³ uma estratégia de gestão para reorganização do sistema de ensino em saúde.

Conforme o Ministério da Saúde, as práticas de gestão e atenção desenvolvidas no país demonstram um distanciamento da formação dos trabalhadores com relação às reais necessidades do SUS. Nesse sentido, articular instituições formadoras e sistema público de saúde é um desafio permanente, visto que a educação é variável central na consolidação do sistema de saúde.⁴⁴

Conforme Ceccim e Feuerwerker:¹

[...] a formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia a organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre o sistema de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor, fundante do modelo oficial de saúde brasileiro. [...]

Continuam os autores acima referidos que: a prática em experimentação, acolhe como exigência política um sistema de gestão que, ao mesmo tempo, ofereça propostas de transformação das práticas profissionais, baseando-se na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde e a experimentação da alteridade com os usuários. Permite, assim, que o cotidiano de relações da organização da gestão setorial e estruturação do

cuidado à saúde se incorpore ao aprender e ao ensinar, formando profissionais para a área da saúde, mas formando para o SUS. Conforme os autores, à semelhança da Reforma Sanitária, no campo do ensino, é necessário um movimento pela Reforma da Educação, que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades do Estado pela formação acadêmico científica, ética e humanística.¹

A educação permanente propõe que as necessidades de saúde da população sejam referências para o processo de qualificação dos trabalhadores e objetive a transformação das práticas profissionais. E para isso ela deve, de forma prioritária, considerar os problemas enfrentados diuturnamente pelos profissionais, e não apenas as suas necessidades individuais de capacitação. O processo de transformação da gestão do trabalho em saúde não envolve apenas questões técnicas, mas também mudanças nas relações e processos de trabalho e, principalmente, nas pessoas.

O conceito de educação permanente se desenvolve a partir da aceitação de que formação e desenvolvimento devem ser realizados de forma descentralizada, ascendente e transdisciplinar, de forma a propiciar: a democratização institucional, o desenvolvimento de capacidades de aprendizagem, capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações de saúde, trabalho em equipes matriciais, permanente melhoria qualidade da atenção à saúde e o desenvolvimento de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas.⁴⁶

Conforme Ceccim:¹

[...] um dos entraves à concretização das metas de saúde tem sido a compreensão da gestão da formação como atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde. Nem é dirigida às políticas de gestão setorial ou das ações e dos serviços de saúde e nem é compreendida como atividade finalística da política setorial. [...]

Portanto, o caminho é fortalecer a educação permanente em saúde como norteadora de novas práticas que orientem a reflexão sobre o trabalho e a aprendizagem colaborativa e significativa, tomando como base os principais desafios identificados pelas equipes de trabalho. É preciso superar o histórico de processos de educação continuada com base nas demandas individuais de capacitação, em detrimento de ações de educação permanente.⁴⁵

3.3.2. Enfoques e perspectivas na educação permanente em saúde

O enfoque da educação permanente em saúde traz importante mudança na concepção de qualificação dos trabalhadores, pois sua essência é incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações no contexto real em que ocorrem. Dessa forma, modifica estratégias educativas, ao problematizar o próprio fazer, coloca os profissionais como construtores do conhecimento e de alternativas, busca interação

das equipes, evitando a fragmentação e amplia os espaços educativos para fora da sala de aula.⁴⁷

A atualização técnico-científica deve ser apenas um dos aspectos da qualificação dos profissionais da saúde. A formação deve englobar aspectos subjetivos por meio da produção de habilidades técnicas e do pensamento e conhecimento adequados do SUS.

[...] à formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.¹

No desenvolvimento e na formação dos profissionais da saúde, a educação tradicional tem como objetivo principal a atualização de conhecimentos técnicos e é operada de forma descendente. A educação permanente também promove a atualização técnica, mas tem como objetivo principal a transformação das práticas profissionais, por meio da problematização do cotidiano de trabalho.⁴³

A seguir, falaremos sobre as distinções conceituais entre a educação permanente e a educação continuada e entre a educação permanente e capacitação. Dessa forma, é possível verificar como e o quê a educação permanente incorpora e acrescenta nos processos de qualificação dos trabalhadores da saúde.

3.3.3. Capacitação e educação permanente

Para o alcance da aprendizagem, grande parte dos esforços ocorre por meio de capacitações, mas nem toda ação de capacitação implica processo de educação permanente. As capacitações se desenvolvem sob a influência de diversas condições institucionais, culturais e ideológicas, que determinam seus limites e possibilidades.⁵⁰

Conforme o Ministério da Saúde, destacam-se entre desvios frequentes nas capacitações: simplificação, com a aplicação apenas de métodos e técnicas pedagógicas, sem compreensão substancial dos enfoques; visão instrumental, para alcançar um objetivo pontual e não como estratégia de mudança institucional; imediatismo; tendência em utilizar projetos e programas, com lógica de começo e fim, ao invés de fortalecer a permanência das estratégias educativas.⁵⁰

Na maioria dos casos, as capacitações utilizam o chamado "modelo escolar" com o objetivo de atualizar novos enfoques, informações, tecnologias, para implementação de nova política. Seu desenho básico pressupõe a reunião de pessoas em uma sala de aula, isolando-as do contexto real de trabalho, para transmissão de conhecimentos por um especialista.⁴⁶ Portanto, a incorporação às práticas de trabalho é apenas uma expectativa.

Não há dúvida de que a capacitação visa à melhoria do desempenho dos profissionais, mas nem todas as ações por ela promovidas representam parte substantiva de uma estratégia de efetiva mudança institucional, essência dos processos de educação permanente. Dessa forma, a educação permanente pode trazer em seu processo ações específicas de capacitação, mas não o inverso.⁴⁶

O que se vê é que, na educação permanente em saúde, as capacitações pontuais não esgotam o conceito e a noção de educação para o trabalho técnico. É preciso propiciar, em sua implementação, a discussão sobre programas e o sistema de saúde, protocolos e integralidade da atenção à saúde, criando processos de análise e problematização.⁴⁴

Dessa forma, para definir o desenho de uma capacitação, é preciso refletir sobre os seus objetivos, se a atualização de conhecimentos ou técnicas específicas ou se a efetiva promoção de mudança na organização dos serviços de saúde,⁴⁴ ou seja, se aprendizagem individual ou se aprendizagem organizacional.

Educação continuada ou permanente: como é isso?

Os termos continuado e permanente embora não são opostos, conferem especificidade ao processo de ensino e a aprendizagem.⁴⁵ Descreve que o termo permanente tem como referência:

[...] uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, mas sobretudo de transformação de valores e conceitos dos profissionais. Propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem.

Já o termo continuado:⁴⁵

[...] abrange as atividades de ensino após o curso de graduação, com finalidades mais restritas de atualização aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e por meio de metodologias tradicionais.

A proposta política de EPS do Ministério da Saúde em 2004⁵⁰ que traz as peculiaridades a respeito da educação continuada e da educação permanente relaciona que:

[...] o pressuposto pedagógico da educação continuada está no conhecimento que define as práticas, enquanto o da educação permanente está nas práticas que são definidas por diversos fatores, a exemplo do conhecimento, valores, relações de poder e organização do trabalho, entre outros; o objetivo principal da educação continuada

é a atualização de conhecimentos específicos, com foco em profissionais específicos, enquanto na educação permanente o objetivo principal é a transformação das práticas de trabalho, com foco em equipes de qualquer esfera do sistema; quanto ao *modus operandi*, destaca-se que a educação continuada é descendente, desenvolvida a partir de uma leitura geral dos problemas, geralmente no formato de cursos, e a educação permanente é ascendente e se desenvolve a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificando os problemas enfrentados e construindo estratégias para enfrentamento, com base na singularidade dos lugares e pessoas; as atividades educativas são construídas de forma diversa, na educação continuada por meio de cursos padronizados, com conteúdo e dinâmicas definidas de forma centralizada, ou seja, por meio de atividades fragmentadas, e na educação permanente são construídas conforme as necessidades específicas dos profissionais e das equipes, articulando a reorganização do sistema.

Segundo Massaroli e Saupe,⁴⁸ a ótica adotada pelo Ministério da Saúde acolhe o termo educação permanente como meio de integrar múltiplas abordagens, além da educação em serviço, a compreensão no âmbito da atualização técnica, da graduação e pós-graduação, da organização do trabalho, da integração entre rede de serviço e de gestão e do controle social.

Conforme Ceccim e Feuerwerker:¹

[...] a educação continuada aceita o acúmulo sistemático de informações e o cenário de práticas como território de aplicação da teoria, a educação permanente entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática.

Entretanto, Motta⁴⁵ esclarece que é preciso compreender que a implantação desses sistemas acontece em um mundo onde a organização do trabalho se transforma, a necessidade por novos conhecimentos é uma exigência, em um sistema de saúde que busca a reconstrução de modelos de atenção e reconhece um vácuo na formação das profissões de saúde. Dessa forma, necessária se faz a reformulação dos modelos e conteúdo da formação e de mecanismos de requalificação profissional.

Formação em recursos humanos na área da saúde

Breves considerações sobre a legislação

Como bem relaciona Ceccim, Armani e Rocha⁵⁴ quando faz a compilação da legislação que aponta a responsabilidade da gestão do SUS para com o desenvolvimento e a formação de recursos humanos em saúde, é preciso buscar a identificação das responsabilidades previstas em lei e imputadas pela sociedade para

permitir que se possa avaliar eventuais omissões e descumprimentos daquilo que já foi planejado e regulamentado para a educação dos profissionais da saúde no Brasil.

Nessa linha, podemos trazer como legislação atinente a formação em recursos humanos na área da saúde no Brasil:

i. a Constituição Federal de 1988:⁴⁷

Ela traz, no seu artigo 200, as atribuições do SUS e, entre elas, no seu inciso III, a de ordenar a formação em Recursos Humanos na área da saúde e, no seu inciso V, a de incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico. Portanto, a lei prevê que os órgãos gestores do SUS estabeleçam mecanismos que atendam às duas funções, quais sejam, ação educativa de qualificação de pessoal e ação investigativa da pesquisa e inovação.

ii. e a Lei Orgânica da Saúde de 1990:⁵¹

No artigo 6º,⁵¹ incisos III e X, ela compila o previsto pela Constituição Federal de 1988 a respeito dos dois campos atuação do SUS acima mencionados.

No artigo 14,⁵¹ prevê a criação das “Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior que terão como finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS”, bem como, “em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições”.

O artigo 15 traz as atribuições administrativas das três esferas de governo, sendo, no seu inciso IX, a de “participar na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e, no seu inciso XIX, a de realizar pesquisas e estudos na área da saúde”. O artigo 27⁵¹ trata da formalização e execução articulada da política de recursos humanos na área da saúde, nas três esferas no governo, trazendo, no seu inciso I, como objetivos: a organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, bem como a elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

De acordo com Ceccim, Armani e Rocha,⁵² além do texto legal do ordenamento do sistema de saúde brasileiro, possuem igual importância os relatórios da principal instância nacional de manifestação dos interesses sociais e de cidadania na área da saúde, a Conferência Nacional de Saúde.

3.4.2. Formação em recursos humanos na área da saúde nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos para a Saúde

Lopes *et al.*⁴³ nos lembram que, antes mesmo de a educação permanente, inicialmente intitulada educação continuada, entrar na pauta das Conferências de

Recursos Humanos, as Conferências Nacionais de Saúde já apontavam para a inadequação da formação dos profissionais da saúde em face da realidade dos serviços de saúde no Brasil. Também Ceccim *et al.*⁵⁰ trazem uma evolução das discussões sobre educação continuada e, posteriormente, educação permanente no Brasil por meio das Conferências Nacionais de Saúde e das Conferências Nacionais de Recursos Humanos. Na forma de uma linha do tempo, destaca-se que: em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco da reformulação do sistema nacional de saúde, apontou que o novo sistema deveria reger-se pelo princípio da capacitação e reciclagem permanentes de seus recursos humanos, e que a formação dos profissionais da saúde deveria estar integrada ao sistema regionalizado e hierarquizado de atenção à saúde.⁴⁸

Algumas questões necessitaram convocar conferências específicas para discussão do tema recursos humanos.⁴³ Em 1986 ocorreu a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que teve como tema a política de recursos humanos rumo à reforma sanitária, em que foram abordados temas como: necessidade de articulação institucional entre prestadores de serviços públicos e formadores dos profissionais da saúde; inadequação da formação em saúde em face das necessidades de saúde da população; proposição do processo de educação continuada em serviço.⁴³ Em 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde, que trouxe como base a municipalização, buscou assegurar: uma Política de Formação e Capacitação de Recursos Humanos articulada com os órgãos formadores e a necessidade de regulamentação do art. 200, incisos III e IV da Constituição Federal de 1988, que define o SUS como responsável pela formação de recursos humanos em saúde.⁴⁸

Em 1993, a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde alertou para as consequências desastrosas da implementação do SUS sem uma política de recursos humanos para o SUS, indicando também a necessidade de regulamentação do art. 200, incisos III e IV da Constituição Federal de 1988.⁵ A Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), de 1996, trouxe o conceito de educação permanente e normatiza as atribuições e responsabilidades dos gestores, nas três esferas no governo, quando atribui a eles a de elaborar anualmente e implementar um Programa Institucional Nacional de Educação Permanente.⁵ Em 1996, a X Conferência Nacional de Saúde solicitou a apresentação, pelo Ministério da Saúde, de um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem dos Recursos Humanos em Saúde, prevendo articulações institucionais por meio da criação de Comissões Permanentes para deliberar sobre capacitação, formação, educação continuada e reciclagem dos recursos humanos a partir da ótica do SUS.⁴⁸

Em 2000, a XI Conferência Nacional de Saúde trouxe diversos elementos para a consolidação da interface formação e gestão e reafirmou a necessidade de as três esferas de governo assumirem sua parcela de responsabilidade com a formação dos profissionais da saúde, por meio do financiamento para qualificação de pessoal e, ainda, reiterou a necessidade de regulamentação do dispositivo constitucional já referido.⁵

Finalmente, em 2003, ao criar a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assume o compromisso de ordenar a lógica da formação dos profissionais de saúde, escolhendo a estratégia da educação permanente para criação uma política pública que cuidasse de reestruturar o modelo de formação com vistas ao fortalecimento do SUS, por meio do seu potencial educativo da reflexão coletiva das práticas de saúde.⁵

Consultando os relatórios finais da XII, XIII, XIV Conferências Nacionais de Saúde, destacamos que:

Em 2003, a XII Conferência Nacional de Saúde, recomendou ao Ministério da Saúde e à Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde: a articulação para implementação de uma política e de programas de educação permanente com ênfase na intersetorialidade e para romper a formação fragmentada; melhorar as práticas educativas dos profissionais que trabalham diretamente com a população, em especial ACS e ACE; promover ações de educação permanente para qualificar trabalhadores de todas as categorias profissionais, considerando as especificidades locais (Ministério da Saúde, 2004). Em 2007, a XIII Conferência Nacional de Saúde, trouxe como moção: o apoio à qualificação e à formação técnica dos profissionais da área da Saúde de nível superior e o apoio à educação permanente para o controle social (Ministério da Saúde, 2008). Em 2011, a XIV Conferência Nacional de Saúde, trouxe como proposta aprovada: incentivar a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS; implementar o Plano Nacional de Educação Permanente para os conselheiros de saúde e líderes comunitários; fortalecer o financiamento da Política de Educação Permanente em Saúde, com a participação das três esferas de governo.⁷

Por meio dessa análise, podemos perceber que a evolução conceitual da educação permanente foi influenciada pelos movimentos de mudança na gestão setorial, na atenção em saúde, na formação profissional e no controle social, que, conforme Ceccim e Feuerwerker,¹ são elementos do quadrilátero da formação. É preciso situar a formação dos profissionais da saúde por meio de projetos que extrapolam a qualificação técnica e se estendem pelos aspectos estruturantes de relações e práticas em todos os componentes de interesse social e que contribuam para a elevação da qualidade de saúde da população.

A política nacional de educação permanente em saúde

Como já vimos, a Constituição Federal de 1988 atribui aos SUS a competência de ordenar a formação na área da saúde. Por isso, ao longo do tempo o Ministério da Saúde tem desenvolvido várias estratégias e políticas com a finalidade de adequar a formação e qualificação dos profissionais da saúde às necessidades da população e ao desenvolvimento do SUS.

Conforme Lopes,⁴³ a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde contribui com o avanço na reforma sanitária brasileira na medida em que compreende a complexidade da realidade dinâmica em saúde. A Portaria GM/MS n. 1.996 de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, prevê que ela: deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. A mesma portaria prevê, ainda, que a política será conduzida por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino e Serviço (CIES). Os Colegiados, considerando a política nas esferas federal, estadual e municipal, devem elaborar um Plano de Ação Regional de Educação Permanente que seja coerente com os respectivos planos de saúde, instituindo o processo de planejamento regional, para estabelecer as prioridades e responsabilidades.

As CIES, instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes, participam da condução e desenvolvimento da política. O Colegiado deve coordenar a estruturação das CIES e garantir que o Plano de Ação sirva como norte para as suas atividades, pois elas devem contribuir para o desenvolvimento da educação em serviço como indutoras de mudanças, promovendo um trabalho articulado entre gestão e instituições formadoras para superar a tradição das capacitações e treinamentos pontuais.⁵¹ De acordo com a política proposta pelo Ministério da Saúde, a EPS será construída por meio de Polos de Educação Permanente em Saúde, instâncias colegiadas que objetivam articulação, negociação e pactuação interinstitucional. Participam dos polos os gestores estaduais e municipais, instituições de ensino e hospitais de ensino, trabalhadores da saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde, movimentos sociais e todos aqueles que, de alguma forma, estejam envolvidos com as questões de saúde do país.

Os polos são instâncias de articulação interinstitucional para gestão da EPS e estão sendo criados justamente para aumentar a capacidade de realizar a formação e o desenvolvimento das equipes de saúde e dos agentes sociais envolvidos com as

políticas públicas de saúde, possibilitando o fortalecimento das ações intersetoriais.⁵⁰ A educação permanente é aprendizagem e trabalho, que se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.⁵⁰ Por isso, a definição da Política de Educação Permanente, em todos os âmbitos, deve considerar o conceito e a essência da Educação Permanente em Saúde, articulando as necessidades de saúde com as possibilidades dos profissionais e a capacidade resolutiva dos serviços de saúde.

A educação permanente em saúde na atenção primária em saúde: algumas notas

A APS cumpre papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, pois relaciona-se diretamente com a população, captando as necessidades sociais por saúde. Conforme o Ministério da Saúde, ela deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento do autocuidado em articulação com as redes de serviços de saúde.⁴⁷ O Ministério da Saúde segue referindo que as redes de ações e serviços de saúde devem funcionar como uma cadeia do cuidado progressivo à saúde, com a horizontalização do cuidado, por meio de um conjunto articulado de serviços básicos e especializados, que sejam prestados de forma a assegurar o adequado acolhimento dos usuários, reconhecendo contextos e histórias de vida.⁵⁰

Na aventada ruptura com o conceito de sistema verticalizado, a educação permanente é considerada a proposta mais apropriada para construir esse modo de operar o sistema, que necessita articular gestão, atenção e formação das equipes em seus territórios de atuação. Realizando uma educação aplicada ao trabalho e inserindo processos de reflexão crítica, temos a base para uma educação que propicie o desenvolvimento da autonomia e da criatividade dos atores sociais.⁵⁰

Ceccim e Feuerwerker¹ apontam que as demandas para a educação em serviço não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas prioritariamente, a partir do problemas da organização do trabalho, considerada a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade, com integralidade e humanização, e considerando ainda a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e solidariedade intersetorial. Assim, a formação para a saúde como política pública afirma a perspectiva da construção de espaços locais e regionais que tenham a capacidade de qualificar as equipes de saúde, os agentes sociais e os parceiros intersetoriais para uma saúde de melhor qualidade nas palavras de Ceccim e Feuerwerker.¹

E, é na identificação que o fortalecimento da APS está entre as prioridades no estado do RS que desencadeou o início do processo de planificação, por meio da

realização de oficinas e atividades de dispersão que foram estruturadas de forma a trabalhar com uma série de estratégias para estimular a construção coletiva do conhecimento, como foi tratado anteriormente.

Educação permanente para o controle social

Ao longo dos anos, os Conselhos de Saúde vêm acumulando experiências em busca de ações e instrumentos que favoreçam o desempenho das suas atribuições de atuar: (i) na formulação de estratégias de operacionalização da política de saúde e (ii) no controle da execução da política de saúde. É preciso destacar seu papel fundamental na descentralização das ações de saúde do SUS, no controle do cumprimento dos princípios orientadores do sistema e na promoção da participação social na sua gestão.⁴⁴ O CNS afirma que:

[...] o desempenho de um conselho está diretamente relacionado a articulação se seus integrantes com as bases sociais e como transformam a necessidade de saúde da população em demandas de interesse público.⁵¹

Todos esses fatores contribuem para a complexidade da atuação dos conselhos de saúde e tornam fundamental processos contínuos e permanentes de qualificação do controle social no SUS, o que além de possibilitar a compreensão do sistema de saúde, seus princípios e diretrizes, possibilita a compreensão ampliada de saúde, por meio de articulações intersetoriais.⁵³

É de responsabilidade intransferível dos Conselhos de Saúde as ações de educação permanente para o Controle Social do SUS, portanto devem ser por eles elaboradas e deliberadas as respectivas políticas e planos de ação sobre o processo de educação permanente com a definição de valores orçamentários e sistemas de monitoramento e avaliação.⁵³

Conforme as diretrizes nacionais,⁵³ educação permanente para o controle social no SUS é entendida como processo formal de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de metodologias de educação a distância, bem como os demais processos participativos e fóruns de debate – Conferências de Saúde, Plenárias de Conselhos de Saúde, encontros de Conselheiros, seminários, oficinas, entre outros.

Ao tratar das diretrizes o CNS⁵³ salienta, ainda, que as questões sobre capacitação dos conselheiros, conforme as diretrizes aprovadas em 2002,⁵⁵ estão incorporadas ao processo de educação permanente para o controle social do SUS e que a nova política está direcionada ao público mais abrangente, na medida em que

envolve os conselheiros de saúde para atuarem no controle social e também para serem multiplicadores das iniciativas de formação de outros sujeitos sociais.

Isso significa que qualquer iniciativa de formação para o controle social deve priorizar não só os Conselhos de Saúde, mas também outros atores sociais, bem como se utilizar de recursos voltados à reflexão crítica do conhecimento, de habilidades e convicções,⁵³ ampliando cada vez mais o conceito de cidadania. Como estratégias operacionais e metodológica para o controle social, o CNS recomenda que os processos de educação permanente ocorram de forma descentralizada, respeitando as especificidades locais; estejam em constante construção e atualização, tendo em vista as mudanças conjunturais e a periodicidade com os membros dos conselhos se renovam; selecionem facilitadores e incentivadores e identifiquem as parcerias a serem envolvidas.⁵³

O CNS orienta que as atividades sejam realizadas considerando a realidade local, portanto, com dinâmicas que facilitem a integração dos grupos, possibilitando a construção coletiva de conhecimentos e, ainda, que sejam desenvolvidas atividades de acompanhamento e avaliação contínuas voltadas para o processo de capacitação em si e para os seus resultados.⁵³

Nessa linha, os processos de educação permanente para o controle social do SUS, conforme as diretrizes nacionais e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, devem ser reconhecidos e incentivados para o fortalecimento da organização e do funcionamento do nosso sistema de saúde.

E é na busca desse fortalecimento e da identificação da necessidade de potencializar o processo, que identificamos a ausência da participação do controle social na planificação da APS, tomando os conselheiros de saúde público alvo do projeto de intervenção, como foi tratado anteriormente.

Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS

A partir das diretrizes nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS e do referencial histórico acumulado dos conselhos e das conferências de saúde, foi construída a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS.⁵³

Conforme o CNS⁵³ a política nacional tem como objetivo geral:

[...] atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde.⁵⁴

E como objetivos que o Ministério da Saúde⁵³ determina:

[...] Contribuir para a ampliação e qualificação da participação social na formulação, gestão e controle da Política Pública de Saúde;
Fortalecer os conselheiros de saúde como sujeitos sociais que participam da formulação e deliberação da política de saúde como representantes da sociedade;
Desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências sobre o controle social no Sistema Único de Saúde.⁵³

São eixos estruturantes na política nacional, que expressam os aspectos prioritários para elaboração das ações dos conselhos de saúde com a finalidade de promover o aperfeiçoamento dos conhecimentos dos sujeitos sociais da política nacional:⁵³

- Participação Social, pois por meio dos conselhos e das conferências de saúde que a sociedade construiu o controle social no SUS, definindo os espaços de participação social na formulação e deliberações da política pública de saúde;
- Financiamento da Participação e do Controle Social, pelas três esferas do governo, com dotação orçamentária prevendo recursos financeiros que garantam a estrutura e o funcionamentos dos conselhos de saúde e a realização das conferências de saúde;
- Intersetorialidade, por meio da articulação com todas as áreas das políticas públicas e sociais, considerando a compreensão ampliada de saúde;
- Informação e Comunicação em Saúde, por meio de estratégias que garantam a qualidade das informações na participação do controle social [...]⁵³

A legislação do SUS demonstra a evolução do sistema de saúde no Brasil e ordenam o seu funcionamento, permitindo à sociedade apoderar-se das informações que garantem os direitos e deveres. Como estratégia para implantação da Política Nacional, ela prevê que caberá aos conselhos nacional, estadual e municipal elaborarem seus planos de ação e metas e constituírem as comissões permanentes, que levem em consideração a diversidade da população, a cultura local e as experiências de controle social.⁵³

Dessa forma, o que tem democratizado os conselhos de saúde é justamente o empenho pela manutenção do direito de exercer o controle social, o que aumenta o interesse da sociedade para as questões de saúde pública e tem gerado necessidades

de conhecimento para o exercício atividades de fiscalização, formulação e deliberação acerca do SUS.

Metodologia

A pesquisa qualitativa trabalha com sujeitos e seu modo de atuação em determinado contexto social.⁵⁶ Há uma exploração das opiniões e das representações que são apresentadas nelas com intuito de apresentar amostra do ponto de vista do indivíduo e buscar a compreensão de mundo que se apresenta pelas suas práticas.⁵⁷

A entrevista possibilita a construção de informações sobre aquilo que se pesquisa, são desenvolvidas com uma finalidade. Podem fornecer informações que estão disponíveis em outras fontes e não está restrita à pessoa do entrevistado, denominadas de secundárias. As informações que se constroem por meio do diálogo e tratam das reflexões do sujeito sobre suas vivências dentro de determinado contexto produzem informações primárias que são de grande importância na construção do estudo.⁵⁶

Entre os tipos de entrevistas existentes, optou-se por entrevistas semiestruturadas “que combinam perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”.⁵⁶

As entrevistas foram realizadas, simultaneamente, com duas conselheiras estaduais de saúde e o instrumento norteador utilizado continha questões que versavam desde a atuação do conselheiro até o entendimento sobre o processo de planificação da APS e a atual conjuntura da saúde no Brasil.

Ambas as entrevistas foram realizadas com conselheiras que integram os espaços de controle social há mais dez anos e representaram, nesse período, diferentes segmentos. Apesar do convite para participação na entrevista ter sido feito a todos os conselheiros estaduais, as duas entrevistadas foram as únicas que se disponibilizaram a participar.

As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelas entrevistadas, que tiveram a possibilidade de dialogar entre si, compartilhando experiências e realizando trocas durante a entrevista. Apesar de haver perguntas norteadoras formuladas anteriormente pelos pesquisadores, a entrevista se adaptou ao momento dialogado e foram feitos desdobramentos durante a entrevista com intuito de aprofundar ainda mais as questões levantadas pelas entrevistadas. A partir das opiniões e representações analisadas, pretende-se apresentar narrativas referentes ao ponto de vista dos indivíduos e do espaço de fala que assumem.

As entrevistadas assinaram termos de consentimento livre e esclarecido, que estão devidamente arquivados pelo grupo. Posteriormente, foi feita a transcrição das

entrevistas e analisadas as unidades de significado das falas,⁵⁹ com intuito de compreender o que há por trás dos conteúdos manifestos⁶⁰ e suas relações com aquilo que foi definido como objeto de estudo e produção neste trabalho. Optou-se pela supressão dos nomes dos entrevistados, que foram substituídos por letras. Considera-se que, para as análises aqui propostas, a relevância está no conteúdo (aquilo que foi apresentado durante as entrevistas) e local de fala dos entrevistados (fato de serem conselheiros de saúde e atuarem no controle social).

É importante ressaltar que a proposta inicial era a realização de grupos focais com todos os conselheiros estaduais, no entanto não recebemos retorno do conselho quanto à disponibilidade. Houve diferentes tentativas de acionar os conselheiros, mas nenhuma com êxito. Entre as alegações e retornos recebidos era a falta de disponibilidade dos conselheiros e o pouco tempo disponível durante as reuniões do Plenário do CES, o que impedia que a proposta fosse discutida nesse espaço.

As entrevistas foram a fonte principal de informação e produção para se chegar à compreensão da importância ou não da participação de conselheiros de saúde na planificação da APS, sobre a necessidade e importância do tema controle social ser abordado durante as oficinas de planificação e para evidenciar caminhos e possibilidades de atuação ativa do controle social na gestão do SUS no estado do RS. No entanto, deve-se considerar que, em um amplo universo de conselheiros de saúde, nas três esferas de gestão, as entrevistas apresentadas nos permitem interpretações específicas e que não devem ser generalizadas. Contudo, entende-se que o conteúdo analisado traz apontamentos e observações importantes sobre a temática e abre possibilidades para que a SES/RS realize discussões e estudos que aprofundem essas questões.

Destaca-se que outra fonte de pesquisa seriam as Atas das Reuniões Plenárias do Conselho Estadual de Saúde, porém, para se ter uma base considerável de análise e profundidade, é necessária dedicação de tempo maior que a especialização não disponibiliza, sendo que as Atas do ano de 2016, quando se deu a apresentação e a implantação do projeto piloto da Planificação da Atenção Primária em Saúde, não estão disponíveis na forma escrita somente em mídia auditiva, o que demandaria um tempo ainda maior para a sua análise, pois implicaria sua transcrição. Logo, não foi possível neste trabalho realizá-la, mas poderá ser feito em oportunidade futura.

Análise e interpretação de conteúdos

No dia 13 de julho 2016 às 14h, os pesquisadores reuniram-se na sede do CES/RS com dois representantes do CES/RS. As questões abordadas tiveram como ponto de partida a apresentação realizada pela Coordenação Estadual de Atenção Básica sobre a planificação da APS, implantada na 1ª e na 2ª Região de Saúde.

As questões abordadas pretendiam verificar: a) a compreensão do programa da planificação que está acontecendo no RS; b) discussão com os conselheiros sobre a planificação; c) conclusões que o grupo chegou?; d) como compreendem a participação dos Conselhos de Saúde na planificação da APS?; d) hoje em que aspecto ou aspectos está sendo desenvolvida a educação permanente para os conselheiros de saúde?; e) quais as temáticas que apresentam demandas e necessidades de educação permanente, sob a ótica da atuação dos Conselhos de Saúde, diante da planificação da APS em implantação?; e f) Considerações gerais da entrevistada.

A entrevista semiestruturada com os conselheiros estaduais se iniciou com apresentação de algumas informações dos entrevistados: ambos com a formação acadêmica em farmácia, já representaram diferentes segmentos e instituições dentro do CES/RS e contam com mais de dez anos de atuação junto ao controle social.

Qual foi o entendimento de vocês daquela apresentação sobre esse tema da planificação? O que vocês compreenderam sobre planificação da Atenção Básica como rede ordenadora do cuidado?

[...] Não ficou bem claro a finalidade da apresentação sobre o tema da planificação bem como o seu motivo. Observamos que a compreensão da proposta de planificação da APS como rede de cuidados a saúde não está clara. Bem como, não tem respostas de avaliação do processo pelo gestor. Há distinção de competências do Estado e do CES. [...]

Notamos “a esperança”, de que a planificação consiga atingir os objetivos de diminuir em 70% as filas. A planificação foi apresentada como uma forma piloto, não como uma oportunidade de escuta, sim como apresentação de um método.

Há um crédito de confiança de que algo está a ser realizado para dar certo:

[...] não poderia dizer tecnicamente
[...] “não, não isso não vai funcionar” [...]

Ficaram sabendo de maneira informal quando estive em Santa Maria, por ocasião de uma reunião de Conselho Municipal.

[...] Às vezes as coisas chegam pra nós quando está praticamente pronto né, e as vezes até que muitas vezes nós aqui nos queixamos, depois do prazo que deveria vir para o Conselho [...]
[...] Olha, é aquilo, a gente reclama, a gente lembra, olha algumas

dessas coisas estão inclusive normatizadas, né, essas questões do financeiro, e dos relatórios está nas normas, nas leis dizendo que tem que vir em determinado prazo e tal e antes para nós que para órgãos externos.[...]

As participantes colocam a dificuldade no cumprimento de prazos...

[...] Embora até agora, até estão né colocando no, porque agora tem que além de nos apresentar tem que colocar lá, depositar lá o relatório no sistema e aí mas é muito mais porque o sistema fecha no prazo do que querer obedecer a um prazo. [...]

As entrevistadas apresentam as dificuldades encontradas para desempenhar seu papel de conselheiras.

[...] enfim, a gente faz o nosso papel, reclamamos aquilo que, que não recebemos nos prazos, mas também a gente, por outro lado, tem dificuldade de cumprir prazos, de conseguir realizar as reuniões, de ter um retorno do plenário todo, de aprovar as coisas nos momentos certos, a gente tem também dificuldades, enfim.

A apresentação da planificação da APS não foi discutida posteriormente. Há, ainda, uma questão de dominação do poder instituído. Não se instigou o Conselho a pensar no processo de trabalho, nota-se que permanece um abismo entre as decisões do governo e a participação e controle social. Diante disso, a baixa participação popular poderá ser compreendida no processo de planificação da APS. Isso poderá ter um risco de gerar insucesso, já que as questões epidemiológicas que motivaram os critérios da planificação da APS não estão publicitadas aos Conselhos de Saúde e consecutivamente à população.

[...] entendemos que a construção do projeto de educação permanente sobre APS e RAS para integrar os conselheiros de saúde ao processo de Planificação da APS no Estado do Rio Grande do Sul. Se mostra de extrema relevância. Visto as dificuldades apresentadas na entrevista que são originadas pela alta demanda de pautas. [...]

[...] entender aquilo a fundo precisaria de mais tempo, de explicar melhor, talvez numa linguagem um pouco mais né, acessível, outros infelizmente só se interessam quando é um assunto específico da sua área. [...]

Há também a presença de dificuldades estruturais e técnicas que interferem na pluralidade de ideias e interdisciplinaridade na compreensão e condução de assuntos que necessitam de participação popular e controle social. Chegar a um consenso é quase impossível.

[...] porque cada técnico só sabe da sua casinha [...] então se os técnicos que fazem a parte da gestão só entendem da sua caixinha e não entende da caixinha do vizinho [...] como é que eles querem que o conselheiro em uma reunião, na qual inclusive [...] isso já foi apontado em diferentes momentos, já foi apontado várias vezes, a forma como é apresentada, os dados como eles vêm, nós precisamos de relatórios que sejam compreensíveis para a gente entender o real e não o imaginário do gestor. [...]

[...] a dificuldade de o gestor aceitar que tem uma coisa errada e que eles precisam corrigir e que da próxima vez tem que ver a verdade, não existe, a tendência sempre de quem está apresentando e justificar-se e a justificativa é sempre porque existiu um terceiro que fez uma coisa e aí não tem mais como mexer naquilo, aquilo é imutável. [...]

Detectamos, na entrevista, questões que apontam para rupturas nos processos de trabalhos da SES e a individualização das responsabilidades.

[...] o controle social não tem que corrigir o erro que aconteceu lá na ponta, a auditoria tem que fazer o papel dela e o gestor tem que fazer o dele, e para isso que nós estamos aqui.

A avaliação da planificação em Santa Maria, por parte dos gestores não foi até esta data, compartilhada com os conselheiros. O movimento de planificação da APS gerou dois processos que resultaram em seis oficinas, que foi uma adaptação ao modelo que veio do CONASS. As entrevistadas esperam poder avaliar o documento do PES.

Relatam que o CES não está participando de assuntos que lhe são devidos:

[...] num planejamento que deveria ser planejamento bem articulado
[...]
[...] eles não estão criando demandas novas, que não passou pelo controle social aí é um problema. [...]

Na possibilidade de discussões sobre temas que possam estar vinculados em todas as comissões (p ex., APS), questionamos sobre “a participação dos conselheiros nesse processo? Como vocês avaliam isso?”

[...] Uma das colocações enfatiza a visão aprofundada do sistema de saúde e a rotatividade de conselheiros que integram os conselhos.
[...] então isso é uma luta que eu acho que ainda não se conseguiu vencer isso no imaginário da maioria das pessoas que acabam vindo para cá porque os conselheiros por mais que eles tenham uma visão diferenciada de saúde, tem alguns que vem para cá sem conhecimento nenhum, muito pequeno do que é o sistema de saúde, de como ele se organiza, é impressionante como tem conselheiros que chegam assim meio perdidos aqui, que não sabe bem o que estão fazendo e que a gente tem uma dificuldade muito grande de fazer a formação, né, a gente está agora concluindo, elaborando um plano de educação permanente que vai entrar no PES também e que vamos tentar ver se

a gente encontra uma forma de ter efetivamente uma educação permanente porque a gente está toda hora com conselheiros novos, tanto aqui quanto nos municípios.[...]

[...] A ideia é tentar formar multiplicadores, que também tu não tem garantia, porque aquele multiplicador daqui a pouco sai também, mas a ideia é que se ele sair ele deixa alguém no lugar. [...]

As capacitações são necessárias em diversas situações, tais como: conferências de saúde, busca de dados, leitura dos dados, indicadores, entre outros.

[...] O problema é tu conseguir, primeiro saber onde encontrá-los, depois entendê-los, [...] série de outros indicadores, ou enfim, uma outra forma de apresentar o mesmo dado, isso continua confundindo a cabeça das pessoas, tu acaba ficando com dificuldade de ter uma avaliação, [...]

Identificamos que há um entendimento razoável da informação e fatores de adoecimento.

[...] na planificação quanto mais informações poderes girar dentro daquele território, dentro daquele ambiente melhor fica, porque se você tem vários fatores de adoecimento. [...]

O CES realizou um questionário prévio as Conferências de Saúde, conforme nos foi relatado pelas participantes da entrevista.

[...] o questionário que o conselho fez prévio a conferência de saúde, a gente colocou, vários fatores que as pessoas não ligam que inclusive para o PES agora a gente levantou esta questão no início do PES. [...]

Identificamos que o termo “planificação” não está bem compreendido. No dicionário *on-line*,⁶¹ planificação significa programação, organização, premeditação, planejamento, planejar, traçar, desenhar, projetar, idealizar, imaginar e programar. A citação a seguir demonstra que ainda não está bem compreendida a planificação da APS nas RAS. Visto que para os casos apresentados de suicídio, território, condições de vida dos usuários são aspectos importantes de planificação da APS.

[...] A compreensão de construção de mapa local do território de saúde é bem diferente do que o “google” apresenta. [...]

A perspectiva construtiva, em que se analisam as práticas e não os indivíduos, detecção de desvios entre os resultados alcançados e os objetivos previamente pactuados, identificando as causas que lhes deram origem e proporcionando a introdução de correções, é dinâmica e construtiva, podendo contribuir de forma significativa para a mudança de atitudes e comportamentos individuais para a melhoria dos resultados das organizações. AAPS deve ser orientada para o cidadão e estimular

a sua autonomia, para a família e a comunidade e ser qualificada, no sentido de também prover cuidados contínuos para portadores de condições crônicas e portadores de necessidades especiais.⁶²

Os métodos para execução de territorialização em saúde, são semelhantes aos métodos utilizados pelo IBGE em pesquisas censitárias populacionais.

[...] Só que eu volto a dizer isso é um bom planejamento que poderia ser feito há 100 anos com mapas desenhados a caneta [...]

Há compreensão das devidas competências dos órgãos executores, gestores. Os relatos expressam uma pressão sobre o papel do conselheiro e sobre suas atuações:

[...] nós não somos órgãos executores, no momento em que nós formos órgãos executor, nós estamos fazendo paralelamente a obrigação que é do Gestor; e a gente as vezes sente que existe uma pressão pra gente ficar pipocando em várias coisas e não ter o olhar do geral. Para conseguir dar conta de entender esse geral e dizer que isso não está bom, ou isso está bom – pode continuar. [...]
[...] temos por exemplo, só lembrando a atribuição em relação relatório quadrimestrais, os relatórios quadrimestrais deverá ser três por ano, lá na Lei 141, art. 41 diz: que a gente tem que analisar e fazer as recomendações. [...]

As dificuldades de compreender a parte administrativa do sistema de saúde podem provocar angústia e sentimentos de incapacidade em analisar o plano estadual quadrimestral conforme a Lei n. 141, art. 41. A Lei n. 141/2012, embora deixe algumas dúvidas, principalmente do ponto de vista executivo, trouxe definições importantes, no que “não são os gastos com a saúde” e o que “são gastos com saúde” e a aplicação dos recursos mínimos estabelecidos na lei. A prestação de contas é composta por três relatórios: Relatório Resumido da Execução Orçamentária; Relatório Quadrimestral e Relatório de Gestão. Esse último deverá ser apresentado ao Conselho Municipal até 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, de acordo com o modelo padronizado e aprovado pelo CNS. A Lei n. 141/2012, no seu artigo 46, inclui como órgãos de controle das contas do Estado: o Tribunal de Contas, Sistema Nacional de Auditoria e ampliando sua função o Conselho de Saúde.

A Resolução CNS n. 333/2003 aprovou as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde, a qual delibera sobre Conselho de Saúde como órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei n. 8.142/1990.

Apesar das incompreensões, observa-se que há expectativa quanto à planificação.

[...] a planificação provavelmente irá nos ajudar a enxergar o que o Gestor está dizendo que está fazendo e de enxergar o que não está funcionando e o que é esse universo [...]

É possível identificar nas falas, queixas recorrentes sobre a compreensão da planificação:

[...] Agora se eu jogar só aquele resultado ali vamos aplaudir, sim, mas sem conhecer o universo eu posso estar errada na nossa avaliação e levar os Conselheiros a pensar e deliberar de maneira errada. [...]
[...] E aí existe obviamente, a gente se sente muitas vezes com pouca informação aí fica aquela coisa que as pessoas perdem um pouco a coragem também, perdem a coragem aí não leem tudo e se leem, não entendem e aí piora a situação. [...]

Há esperança de que a planificação possa resultar em visibilidade e entendimento melhorado das avaliações de documentos.

[...] Eu acho que inclusive a planificação, planificação bem-feita e bem estruturada, ela vai nos possibilitar a fazer belas avaliações dos documentos que possam vir. [...]

Avaliando as capacitações já realizadas, as entrevistadas questionam as metodologias aplicadas, a falta de espaço para manifestação das dificuldades vividas pelos conselheiros, os conflitos advindos de reuniões por parte dos representantes e suas próprias condições para executarem seus papéis de representação, necessidade de capacitação para os conselheiros estaduais na condução de trabalhos municipais.

Reuniram conselheiros em um município com o intuito de compreender melhor as funções esperadas no controle social e participação popular. É interessante observar horário e dia de semana dos encontros para facilitar a participação.

[...] Bom eu posso falar só de uma experiência que eu tive em um município, e o Conselho na verdade fez o Conselho macro, onde as pessoas podiam expor seus pensamentos e tudo mais, mas em regiões que fazia parte do processo de capacitação, então não era aquela questão de estarmos capacitando os conselheiros para o controle social iam temas e as pessoas debatiam e diziam de suas dificuldades, mas falando assim especificamente, o município X pediu uma capacitação, digamos; vamos fazer uma oficina pra gente entender um pouco melhor, pois estamos um pouco perdido aqui pois a Lei Municipal, diz assim e não sabemos se estamos fazendo correto, por exemplo: aí vão dois, três conselheiros, pelo menos das vezes que eu participei indo a campo junto, aí faz uma roda de conversa na verdade na qual, em um primeiro momento obviamente, tentamos ouvir tudo que está pairando, me lembro de um município especificamente que era [...]

[...] em que fizemos esta roda aí os Conselheiros Municipais, estavam todos, todos não, lá também eram poucos, e estavam poucos por que

era dia de semana [...]
[...] na grande maioria do tempo, as nossas capacitações, pelo menos aquelas que nós conduzimos,
[...] tentando justamente descentralizar o máximo e colocar um pouco de responsabilidade também no pessoal das regionais dos próprios municípios maiores de virarem, de se capacitarem pra depois assumirem isso formarem. [...]

A Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) está oferecendo o Curso Nacional de Qualificação de Conselhos de Saúde (QUALI-CONSELHOS). O curso tem como objetivo orientar a prática técnico-política dos Conselhos de Saúde no Brasil, por meio da qualificação de seus conselheiros nos temas: participação social e democracia, gestão e financiamento, intersetorialidade e redes. As conselheiras entrevistadas passaram pelo treinamento, colocam a dificuldade de manter comissão julgadora, muito mais em ter uma comissão de educação permanente.

[...] um projeto com a Fiocruz o QualiConselhos, é uma coisa agora que está tentando estimular é justamente que cada município tenha a sua comissão julgadora, e que de um jeito deles, porque eles ficam todos nos demandando, nós não temos, nós temos uma comissão de Educação Permanente aqui que é meia dúzia de pessoas não dá conta de capacitar todo mundo né?! [...]

O Conselho tem dificuldade de manter os membros apoiando a construção dos trabalhos. Questionou-se sobre a potencialização das ações do CES, observamos as dificuldades nesse trabalho. Os membros não recebem remuneração, seu trabalho exige muito conhecimento, exige tempo, disciplina, disponibilidades, integração com todos os setores.

[...] me vejo ambos os lados ao mesmo tempo, ao mesmo tempo que eu estou ali fazendo o relatório quadrimestral e que me dão um prazo e eu não sei o que acontece no meio do caminho que faz com que ele chegue atrasado, por que o técnico está ali no prazo e ver a planificação no ponto de vista operacional ali e o quanto temos visto esse processo como mudança de trabalho, não é que eu ache que, a gente sempre teve as ferramentas nesse sentido, as ferramentas estavam dadas, mas vemos muito a planificação como um processo que ele gera dor, porque ele exige a mudança, e exige a mudança das pessoas no seu processo diário de trabalho e isso tem tido um papel muito interessante, que ele reúne em um espaço só diversos seguimentos no caso, então ele tem colocado todos os trabalhadores da saúde em um espaço, então desde o porteiro da unidade até o médico que tem toda relação de poder social que a gente sabe bem como é que é no mesmo ambiente junto com o Gestor Municipal, junto com os usuários que estão ali. [...]
[...] Ninguém fez o diagnóstico do que está acontecendo com a nossa água aqui né? [...]

Apresentam uma crítica ao levantamento das condições de saúde tanto por parte da população como por parte do gestor.

[...] algumas questões as pessoas acham que só o gestor pode responder, ora eles não sabem quantos postos de saúde existem no município dele, eles não sabem se as pessoas são atendidas lá. [...]

Nossa proposta de construir educação permanente voltada para a planificação, mas tendo como objeto de estudo a função de conselheiro, a atuação do conselheiro, quais seriam as temáticas que vocês entendem que poderiam ou demandam necessidade de educação permanente de dentro do tema planificação da APS?

Ao solicitar a inserção de temas para as próximas oficinas de planificação percebemos que em suas falas a colocação que não depende dela, há um entendimento do processo.

[...] Não o material que eles vão preparar é que tem que dar conta disso. [...]

[...] o controle social tem que conhecer é o seu papel e depois conhecer o que ele vai avaliar, então se ele não está preparado ele não vai saber o que fazer. [...]

[...]e depois conhecer o que ele vai avaliar, então se ele não está preparado ele não vai saber o que fazer. [...]

Percebe-se claramente a necessidade de preparo para execução da função de conselheiro quando uma das entrevistadoras coloca suas dificuldades.

[...] Mas mesmo eu não estando preparada, por exemplo, eu não tenho preparação nenhuma nem conheço o controle social, se alguém me perguntar assim: sabes se no seu município os documentos que são planejados e o dinheiro que entra no município para a área de saúde, saberia se tem que passar por mais uma instância que não seja simplesmente a sua Secretaria de Saúde?

Espaços de discussões não estão sendo compartilhados entre a gestão dos cuidados de saúde e conselhos de saúde.

[...] os Conselhos parecem ter medo de pedir, de pedir não de exigir que os Gestores deem condições de fazer. Então eles deveriam de vez enquanto pelo menos, né, colocar nos principais lugares [...]

As entrevistadas apontam que a população não participa, provavelmente por desconhecer o controle social e datas das reuniões.

[...] os temas a serem colocados vão depender de quem é que participará, se essas pessoas precisam saber primeiro que existe o controle social e como ele deveria estar constituído, como é que ele deveria funcionar e qual é a suas contribuições ou já partir para outro patamar entendendo que isso aí já é desconhecimento geral e o que seria importante estar ali que o controle social se apropriasse. [...]

Discussão

As entrevistadas referiram que a exposição ao plenário do CES/RS em que foi apresentada a proposta de um projeto piloto, se iniciou para avaliar se a proposta de planificação apresentada pelo CONASS funcionaria no estado. Assim, relataram que a proposta apresentada previu que, caso o processo de planificação funcionasse nas citadas regiões, seria estendida às demais regiões de saúde do estado. As conselheiras informaram que vinham acompanhando a construção do PES 2016-2019 e que a planificação consta nele. A partir disso, as conselheiras explanaram sobre o papel do CES no acompanhamento e fiscalização das metas colocadas no PES, vislumbrando algumas possibilidades de atuação do conselho e sua relação com o processo.

Uma das entrevistadas apresentou que entendia a planificação como uma forma “das coisas darem certo, de se colocar a APS para funcionar da forma que deveria”, e que se tratava muito do compromisso dos gestores municipais com a reformulação do processo de trabalho. Essa mesma conselheira expressou que em nenhum momento a proposta de planificação foi apresentada como algo que o conselho devesse se envolver ou avaliar a implantação ou não, mas que visava, apenas, informar o CES/RS sobre o projeto.

A outra conselheira fez o relato de que esteve em um dos municípios que estava participando da planificação, e que nessa reunião, com representações locais do controle social, é que ela teve conhecimento de que o processo iria ter início. A conselheira relatou que diversas vezes as coisas chegam para o conselho de outras formas e não necessariamente pela SES-RS, como deveria, ela continua seu relato apresentando que em muitas vezes as informações chegam até mesmo depois dos prazos que deveria, mesmo quando a lei define o trâmite, quando devem ser apreciados e chegarem ao CES, mesmo assim esses prazos não são respeitados. No entanto, a conselheira observa um esforço maior, nesse último ano, da Gestão Estadual em respeitar esses prazos e o controle social propriamente dito.

Uma das entrevistadas, quando expôs sobre a já citada apresentação realizada pela Coordenação Estadual de Atenção Básica ao plenário sobre a planificação, ponderou que foi o único momento em que o CES se ocupou do tema. Ela entende que isso se deve à própria organização do plenário, o tempo curto das reuniões, quatro horas, tendo em vista as demandas que culminam em uma dificuldade de que um assunto entre em pauta mais de uma vez ao ano em uma plenária e a dificuldade em manter o quórum durante todo o período, pois em duas horas e meia o plenário começa a se esvaziar. Quando questionada se dentro de alguma das comissões do CES houve discussão sobre a planificação a conselheira relata que, apesar do tema perpassar todas elas, nenhuma das comissões tem um olhar específico para a APS. Assim, relata

que não há espaço específico para discutir a APS, sendo essa uma dificuldade reconhecida.

Outro ponto destacado foi a dificuldade de compreensão dos materiais e documentos enviados pela SES, devido a linguagem técnica que apresentam. A conselheira coloca que no plenário há sempre um conjunto de pessoas que não entende muitas discussões e documentos causando uma inibição em formular perguntas aos expositores ou, então, alguns se manifestam, simplesmente, no sentido de fixar uma posição política ou da instituição que representam. Com isso, é preciso fazer a sua tradução para uma linguagem acessível e que não há um profissional que possa fazer isso.

A entrevistada relata que já houve reuniões em que um grande número de técnicos da SES/RS se fizeram presentes no plenário do CES para que fosse possível entender um documento que estava sendo apresentado. A entrevistada coloca que isso demonstra a fragmentação do trabalho e que quando se observa sobre essa lógica é possível compreender a dificuldade dos conselheiros.

Outro ponto importante levantado pela entrevistada é de que muitos conselheiros só se interessam quando os temas das plenárias são relacionados à sua área de formação ou ao segmento que representam, envolvendo-se pouco com os outros temas que são tratados.

Uma das entrevistadas expõe que o conselho espera que cheguem ao CES uma avaliação sobre o processo de planificação que seja capaz de dizer se o processo funcionou ou não. Acredita que o ponto principal é o real impacto das mudanças propostas na melhoria dos serviços ofertados à população.

Ambas as entrevistadas disseram que até o momento não havia chegado nenhum retorno, nem da secretaria nem dos municípios, sobre os pontos positivos e negativos da planificação. Referiram, também, que obtiveram comentários positivos de profissionais dos municípios da 1ª e da 2ª Região de Saúde do RS que estavam participando do processo, porém sem precisar quais seriam estes.

Uma das entrevistadas lembra que a planificação deve estar atrelada ao PES e que quando for apresentada a versão final do PES o conselho terá a oportunidade de avaliar como se dará o desenvolvimento desse processo nos próximos anos.

Noticiaram que, durante a última Conferência Estadual de Saúde, foi encaminhado aos CMS um questionário com algumas questões sobre a situação de saúde da população, tendo sido identificado que muitos conselheiros municipais desconhecem as questões propostas e que o entendimento sobre a importância da APS para o sistema de saúde ainda não é compartilhada pelo conjunto de atores que compõem o controle social.

Assim, a conselheira coloca que dar a oportunidade para que esses atores participem das oficinas de planificação agregará novos conhecimentos sobre a situação de saúde da população, sobre a organização do sistema de saúde e, consequentemente, impactará no exercício da participação e do controle social.

Uma das entrevistadas cita a Reforma Sanitária Brasileira como um dos impulsos iniciais para se sair do modelo médico hospitalar centrado, mas que até hoje ainda precisa ser trabalhado, pois muitos conselheiros ainda tem o entendimento de que os serviços de média e alta complexidade tem maior importância, inclusive do ponto de vista do financiamento.

Uma das conselheiras coloca que no seu entendimento quanto mais fatores forem levantados e trabalhados dentro da planificação, mais efetiva se torna esse processo. Com isso, entende que oportunizar a participação dos conselheiros na planificação tenciona que se observe a realidade de um ponto importante que é o do controle social.

Pondera-se que o papel do controle social não é de executor do processo, mas de contribuir, avaliar e analisar esse universo, sendo exposto pelas entrevistadas que há muitos conselheiros que entendem que até a participação do CES nas discussões da construção do PES, por exemplo, é negativa, pois não permitirá que os mesmos critiquem o trabalho após a sua conclusão. No entanto, acreditam que um ponto positivo da planificação é que ela fornecerá ao conselho importantes elementos para desempenhar seu papel tendo em vista a quantidade de informações que será possível levantar.

Sobre os processos de educação permanente promovidos pelo CES, as entrevistadas apresentam como uma dificuldade para capacitar esses atores a rotatividade dos conselheiros, pois a proposta de capacitação dos conselheiros desenvolvida pelo CES é na formação de multiplicadores que sejam capazes de transitar esses conhecimentos entre os seus pares, porém ainda há que se avançar.

Relataram que buscam a produção de espaços de diálogo e escuta, além das exposições e troca de informações. Sendo que, para os próximos anos, a proposta é estimular os CMS a constituírem suas comissões de educação permanente, descentralizando os processos, uma vez que a comissão de educação permanente do CES não tem recursos suficientes para suprir todas as demandas que chegam.

Observando a planificação do ponto de vista da mudança, da oportunidade de interação de diferentes atores sociais para pensar a APS, as conselheiras identificam que dar a oportunidade de o conselheiro participar da planificação o torna parte do processo e possibilita a construção conjunta com atores que o próprio conselheiro representa.

Assim, os elementos trazidos pelas entrevistadas apresentam a pouca participação do controle social na planificação da APS que teve início no estado do RS. No entanto, apesar da pouca aproximação, as conselheiras identificam possibilidades para que esse envolvimento se dê e vislumbram possibilidades de se utilizar a planificação a favor do trabalho desenvolvido pelo controle social.

Importante referir, também, que foram analisadas as seis apostilas trabalhadas nas oficinas da planificação da APS, realizadas na 1ª e na 2ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, e se observou que não foi observada a participação do controle social no SUS, tanto no referencial histórico quanto na sua atuação junto ao território vivo.

Desse modo, considerando os discursos e observações feitas no decorrer deste trabalho, identificou-se que um primeiro passo é garantir a introdução da temática do controle social nas oficinas de planificação. Entende-se que essa é uma forma de abrir diálogos que fortaleçam tanto o controle social, quanto a organização da APS na lógica que se propõe. Assim, realizamos em caráter ilustrativo a adaptação de alguns dos materiais das oficinas de planificação da APS utilizadas no estado do RS durante o projeto piloto.

Foram inseridas no texto alguns conceitos, casos e frases sobre o controle social que tem por intuito oportunizar a entrada do tema na discussão sobre planificação. E, além disso, se entende que deve estar aberta a participação dos conselheiros nas oficinas, junto aos demais atores sociais, visto que, desse modo, os conselheiros terão a oportunidade de compartilhar os saberes e contribuir com o processo em curso, trazendo uma visão de um ponto do sistema ainda não contemplado.

Conclusões

O Controle Social está institucionalizado no SUS desde a Constituição de 1988 e regulamentado, em nível nacional, por meio da Lei Federal n. 8.142/1990 e, no estado do RS, por meio da Lei Estadual n. 10.097/94, sendo composto por 52 conselheiros, nas quatro áreas de representação: governamental, prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e sociedade civil organizada.

As dificuldades que se destacaram na entrevista realizada foram: a) a formação das comissões internas para discutir a APS, pois há o entendimento entre as instituições que compõem o CES/RS que a atividade do conselheiro está relacionada e justificada apenas na participação nas plenárias, não havendo a liberação das mesmas para a participação dos seus representantes nas comissões citadas; b) a dificuldade entre os conselheiros de compreender a extensão do seu papel fiscalizatório, uma vez que um número de seus membros entende que participar da discussão da planificação e do próprio PES, por exemplo, prejudica a sua atuação em criticar a atividade do estado; c)

nas apostilas das oficinas da planificação da APS há a falta de oportunidade provocada pela gestão do SUS estadual de discutir o papel do Controle Social no SUS.

Assim, supomos que o conselho estadual e os conselhos municipais de saúde não participam das planificações em saúde, no nosso caso da APS, pois restou demonstrada que a atuação do Conselho de Saúde, abrangendo tanto a esfera estadual quanto a municipal, está, ainda, muito fragilizada, uma vez que não existe a compreensão, tanto pelos gestores quanto entre os conselheiros de saúde, da importância vital do controle social na discussão da construção e do desenvolvimento do SUS e, também, como proposta de democratização da saúde, que é um desafio e observamos que não está efetivada.

Apõe-se que a participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis, ainda não está sedimentada. A participação popular pressupõe a materialização das reivindicações sociais, as quais estão garantidas na Constituição Federal de 1988 que estabelece os direitos sociais como sendo o acesso à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao transporte, ao lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, tal qual um regime que oportuniza participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis (CF 1988, art. 203, item II).

Observamos que a gestão pouco dialoga com os representantes dos conselhos para identificar as demandas no território vivo, pois, assim como o povo não está acostumado a participar e contribuir para si e para os outros, visando satisfação de suas carências materiais e morais, a formação educacional depende basicamente de práticas formais da academia. Com isso, o gestor e a população não estão acostumados a sentar e discutir coletivamente as suas questões sociais e ter a oportunidade de conhecer os seus direitos e melhores formas de viver e conviver.

O controle social em saúde possui dois dispositivos importantes para orientar os sentidos da formação, trata-se da participação ativa da sociedade nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde,¹ porém, os resultados das Conferências de Saúde mostram que ainda não alcançamos graus mínimos de cidadania já apontado por Vieira da Silva,² apresentam a necessidade de exercermos o princípio de gestão democrática definindo meios pelos quais a sociedade pode participar no processo de definição, construção e operacionalização das políticas públicas.⁶³

Entende-se que o processo de formação deve-se pautar na integração entre ensino, serviço, controle social e gestão do SUS, que representa o quadrilátero da formação, e esse também é um dos motivos que reafirma a importância da participação

dos conselheiros de saúde no processo de planificação da APS.

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia *in acto*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções.¹

Assim, a qualidade da gestão do SUS tem relação direta com a participação dos usuários no processo de tomada de decisão sobre as políticas de saúde, de modo a estimular e apoiar a intervenção/proposição de espaços de discussão coletiva e intersetoriais, com a finalidade de potencializar a participação dos movimentos sociais na gestão do SUS. O grupo ao identificar essas questões entende que a proposta de EPS tem força para estreitar a relação entre a gestão e o controle social.

Considerações finais

Acredita-se que as considerações aqui apresentadas podem desencadear outros estudos, que possibilitem maior intensidade e profundidade sobre as questões apresentadas, além de serem disparadoras de mudanças necessárias e/ou espaços de diálogo sobre a relação da SES/RS e os espaços de controle social em saúde.

Observa-se um distanciamento da gestão e do controle social, sentido nas falas dos conselheiros. Há necessidade de reconfiguração dessa relação a partir de um ponto de vista que acolha as demandas apresentadas.

A planificação da APS, notadamente, compreende oportunidade para que os diferentes atores sociais realizem trocas e repensem a organização do sistema de saúde sobre diferentes perspectivas, em que o olhar do conselheiro de saúde também é essencial. Pensar a situação de saúde de uma população e o próprio sistema de saúde requer uma compreensão ampliada do contexto social. Desse modo, entende-se que o processo deve se compor por atores que agreguem a discussão e que, também, sejam multiplicadores de uma ideia compartilhada do que se quer da APS que se quer e que se operacionalize no estado do RS.

Encontramos fragilidades e potencialidades que podem fortalecer o controle social e que estão pouco observadas no cotidiano da gestão do SUS. Ainda há muito a que se refletir sobre os papéis e de criar entendimentos compartilhados para o fortalecimento das estruturas do SUS que tem sido constantemente fragilizada.

A rede básica de saúde demonstrou, claramente, o potencial da participação social na consecução de mudanças e formulação de propostas que alcancem a realidade dos

indivíduos e entende-se que isso deve ser revivido e considerado quando se pensa em novas formas de pensar e organizar o SUS.

Por fim, uma consideração que avaliamos como importante é da necessidade de refletir-se sobre o sentido de ser conselheiro. Entende-se que, após inúmeras tentativas de acessar os conselheiros estaduais de saúde em que não se obteve êxito, nos coloca a refletir sobre o pertencimento desses conselheiros, do espaço pelo qual representam e quanto há significado e se esse significado pode ser observado a partir do que foi apresentado no decorrer deste trabalho. Diversas experiências apresentam o sentido do controle social e o pertencimento dos movimentos que apostam nesses espaços como espaços importantes de construção social e como indutor de mudanças. Além disso, é importante considerar que o exercício da participação e do controle social são o exercício da cidadania e não de mera formalidade.

Os conselheiros são representantes de uma coletividade e os conselhos estaduais assim como os municipais não devem ser esvaziados seja no cumprimento de suas atribuições legais seja no sentido que produz para os sujeitos. Há que se refletir se o sentido de ser conselheiro se apresenta nitidamente no CES/RS. Desse modo, entende-se que as propostas devem abarcar uma revisão no modo da gestão se relacionar com o controle social, no entanto talvez seja necessário que o CES também possa refletir sobre as questões pontuadas.

Referências

1. Ceccim, RB. O quadrilátero da formação para a área da saúde. SciELO. 2004. [Internet]. [Acesso em 12 jun 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004.
2. Vieira, LMS; Almeida Filho, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cadernos de Saúde Pública 25. 2009;217-26.
3. Merhy, EE; Franco, TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. 1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES CDD 362.1 27.65. 2003;316-23.
4. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS). Governo do Estado do Rio Grande do Sul. Planificação da Atenção Primária à Saúde. Guia do Facilitador; 104 p.; Porto Alegre; 2015.
5. Paim, J, Travassos, C, Almeida, C. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet [online] 9 maio, 2011. 21 p. [Internet]. [Acesso em 5 dez 2015]. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf.

6. ONU, Organização das Nações Unidas. [Internet]. [Acesso em 05 ago 2016]. Disponível em: <http://www.objetivosdomilenio.org.br/http://www.pnud.org.br/SobrePNUD.aspx>
7. Bodstein, R. Atenção Básica na agenda da saúde. Ciências Saúde Coletiva, 2002. [Internet]. [Acesso em 10 maio 2016]. Disponível em: ppa.fundap.sp.gov.br.
8. Estado do Rio Grande do Sul, PES 2016-2019. Plano Estadual de Saúde 2016-2019 do RS Versão em apreciação pelo CES/RS. [Internet]. [Acesso em 15 ago 2016]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1471009389_PES%202016-2019%20-%2012%2008.pdf.
9. Pedrosa, JIS. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. SciELO. 2004. [Internet]. [Acesso em 20 jan 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300014.
10. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2011. 436 p. [Internet]. [Acesso em 10 jun 2016]. Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf.
11. PES 2012-2015 – secretaria estadual da saúde – Governo do Estado... 2013. [Internet]. [Acesso em 15 ago 2016]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1382374302_PES%202012-2015%20FINAL.pdf.
12. Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria Estadual da Saúde. Relatório Anual de Gestão do SUS/RS 2013 – 2014. [Internet]. [Acesso em 10 ago 2016]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1410980179_Anexo%20I_RAG%202013.pdf.
13. Rodrigues, FD. Utilização do Telessaúde – Núcleo Rio Grande do Sul por profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). 2013. [Internet]. [Acesso em 13 abr 2016]. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/78445/000899693.pdf?sequence=1>.
14. Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS)/SP. Política Nacional de Atenção Básica. 2013. [Internet]. [Acesso em 13 jun 2016]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/PNAB.pdf>.
15. Mesquita, FJG. Planejamento em Saúde: Conceitos, Métodos e Experiências. 2016. [Internet]. [Acesso em 13 jun 2016]. Disponível em: http://faa.edu.br/portal/PDF/livros_eletronicos/medicina/18_planejamento_saude_conceitos_me_todos_experiencias.pdf.
16. Cagian, R. Legitimidade da Autoridade Política. [Internet]. [Acesso em 16 mar 2016]. Disponível em: <http://educacao.uol.com.br/planos-aula/legitimidade-autoridade-politica-1.jhtm>.
17. Sarreta, FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [on-line]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. [Acesso em 21 jan 2016]. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
18. Santos, J, Filho, C. Manual de direito administrativo. 20.ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2008. [Internet]. [Acesso em 16 mar 2016]. Disponível em: www.webartigos.com.br.
19. Oliveira, FS. Controle social no Sistema Único de Saúde – SUS: aspectos constitucionais e legais dos Conselhos de Saúde. Prima Facie-Direito, História e Política. 2007:76-90.

20. Brasil. Decreto n. 67.300, de 30 de setembro de 1970. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências. Brasília, 1970. [Internet]. [Acesso em 10 ago 2016]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-67300-30-setembro-1970-408661-publicacaooriginal-1-pe.html>.
21. Brasil. Decreto n. 93.933, de 14 de janeiro de 1987. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Brasília, 1987. [Internet]. [Acesso em 11 ago 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D93933.htm.
22. Oliveira, FS. Controle social no Sistema Único de Saúde – SUS: aspectos constitucionais e legais dos Conselhos de Saúde. *Prima Facie-Direito, História e Política*. 2007: 76-90.
23. Balsamão, A. Competências e rotinas de funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde do Brasil. In Ministério da Saúde (BR). *Direito Sanitário e Saúde Pública*. Brasília. 2003. Volume I. p. 301-312.
24. Fiocruz. Encarte Especial 2. Unificado o Sistema Único de Saúde: Reforma Sanitária começa a se viabilizar. [Internet]. [Acesso em 23 mar 2016]. Disponível em: bvsarouca.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1018.
25. Brasil. Decreto n. 93.933, de 14 de janeiro de 1987. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Brasília, 1987. [Internet]. [Acesso em 11 ago 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/1985-1987/D93933.htm.
26. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. [Internet]. [Acesso em 25 mar 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Sítio Eletrônico. [Internet]. [Acesso em 30 mar 2016]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/>.
28. Rio Grande do Sul. Lei Estadual n. 10.097, de 31 de janeiro de 1994. Cria o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências. Porto Alegre, 1994. [Internet]. [Acesso em 30 mar 2016]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1350325784_Lei%20de%20Cria%C3%A7%C3%A3o%20e%20Regimento%20Interno%20%20CES-RS.pdf.
29. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ferramenta Cidades. [Internet]. [Acesso em 30 mar 2016]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS). [Internet]. [Acesso em 30 mar 2016]. Disponível em: <http://www.aplicacao.saude.gov.br/siacs>.
31. Chaui, M. Convite à Filosofia. 2013. [Internet]. [Acesso em 11 ago 2016]. Disponível em: http://home.ufam.edu.br/andersonlfc/Economia_Etica/Convite%20%20Filosofia%20-%20Marilena%20Chaui.pdf.
32. Rolim, LB, Cruz, RSBL, Sampaio KJAJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 2013;37(96):139-47, jan./mar.
33. Pedrosa, E, Biz, O. Participação política: limites e avanços. 8. ed. Porto Alegre: Evangraf.; 1999.

34. Maluf, S. Teoria Geral do Estado. 21. ed. São Paulo: Saraiva; 1991.
35. Camargo, O. O que é cidadania? [Internet]. [Acesso em 26 mar 2016]. Disponível em: <http://brasilecola.uol.com.br/sociologia/cidadania-ou-estadania.htm>.
36. Abreu, EA. Controle Social na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde Brasileiro. [Dissertação]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2014. [Internet]. [Acesso em 5 nov 2015]. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/6899>.
37. Almeida, PA, Coutinho, RBG, Tomei, PA. Responsabilidade social corporativa e cidadania empresarial: uma análise conceitual comparativa. Encontro da ANPAD 24. 2000:7-22.
38. Costa, AM, Vieira, NA. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. vol. 3. [Internet]. [Acesso em 15 mar 2015]. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/z9374/pdf/noronha-9788581100180.pdf>.
39. Fleury, S, Lobato, LVC. Participação, Democracia e Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. [Internet]. [Acesso em 2 dez 2015]. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2014/02/Participacao-Democracia-e-Saude.pdf>.
40. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Para entender o Controle Social na Saúde Brasília: 2013. [Internet]. [Acesso em 2 dez 2015]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Manual_Para_Entender_Control_Social.pdf.
41. David, CTN. A participação política dos atores coletivos do campo popular no movimento de reforma na saúde no Rio Grande do Sul. [Dissertação]. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2014. [Internet]. [Acesso em 1 dez 2015]. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/6913>.
42. Pinheiro, MC. Westphal, MF. Akerman, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. [Acesso em 3 dez 2015]. Disponível em: www.scielo.br.
43. Lopes SRS, Piovesan ETA, Melo LO, Pereira MF. Potencialidades da Educação Permanente para a transformação das práticas de saúde. [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2007. [Acesso em 3 abr 2016]. Disponível em: http://dominioprovisorio.tempsite.ws/pesquisa/revista/2007Vol18_2art06potencialidades.pdf.
44. Brasil. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde: Agenda 2014. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
45. Motta, JIJ, Buss, P, Nunes, TCM. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. Olho Mágico. 2001;8(3):4-8.
46. Motta, JIJ. Educação Permanente em Saúde: da política do consenso a construção do dissenso. [Dissertação]. Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.
47. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

48. Massaroli A, Saupe R. Distinção conceitual: Educação Permanente e Educação Continuada no processo de trabalho em saúde. Santa Catarina, 2008. [Acesso em 5 abr 2016]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.045.pdf>.
49. Ceccim, RB. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. Interface-Comunic, Saúde e Educ. 2004/2005;9(18):161-77, set./fev.
50. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
51. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, 8 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.
52. Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, 1990.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006.
54. Ceccim, RB, Armani, TB, Rocha, CF. O que dizem a legislação e controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. Escola de Saúde Pública. Porto Alegre/RS, 2002. [Acesso em 5 abr 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v7n2/10255>.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
56. Minayo, MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2007.
57. Gaskell, G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, M, Gaskell, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002.
58. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2011.
59. Moreira, WW, Simões, R, Porto, E. Análise de conteúdo: técnica de elaboração e análise de unidades de significado. Revbras Cie e Mov. 2005;13(4):107-14.
60. Minayo, MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/ABRASCO 1992. p. 1-80.
61. Dicionário *on-line*. Disponível em: <http://www.dicionarioinformal.com.br/sinonimos/planifica%C3%A7%C3%A3o/>. Acesso em 10 ago 2016.
62. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS; 2011. [Internet]. [Acesso em 21 jun 2016]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/seminario-rosalia.pdf>.
63. Freitas, LO. Políticas públicas, descentralização e participação popular. R. Katál. Florianópolis, 2015;18(1):113-22.

ANEXO A – Transcrição das entrevistas com conselheiros estaduais

Pós-Graduação Direito Sanitário Fiocruz

Entrevista com 2 Conselheiras Estaduais de Saúde

13 de julho de 2016

Entrevistadores: Jéssica (entrevistadora 01) e Lisiane (entrevistadora 02)

Entrevistadas: Célia Machado (entrevistada A) e Ana Maria Athis (entrevistada B)

Entrevistadora 01: *Então a gente vai começar a entrevista com a Célia Machado Chaves e a Ana Maria Atz sobre a questão da participação do Controle Social na Planificação da Atenção Básica. Então eu gostaria de saber se vocês estão de acordo com a gravação desta entrevista?*

A: Sim

B: Sim

Entrevistadora 02: *Primeiro eu gostaria de saber o seu nome completo, Célia?*

A: Célia Machado Gervásio Chaves

Entrevistadora 02: *O seu eu vou pegar depois ali porque eu sei que o seu nome é mais complicado.*

B: (inaudível)

Entrevistadora 02: *Certo. A sua formação Célia?*

A: Farmacêutica.

Entrevistadora 02: *A tua formação?*

Ana Maria: A minha formação é farmacêutica e sou na verdade aposentada e represento os usuários ali dentro do Conselho.

Entrevistadora 02: *Certo.*

B: Mas a minha formação, conhecimento em farmácia.

A: Coincidentemente.

B: Coincidentemente em farmácia.

Entrevistadora 02: *O tempo de exercício como conselheira Célia?*

A: Isso é um problema, eu nunca contei direito. Porque eu estive aqui nos anos 90 quando foi criado o Conselho, não me lembro, eu nunca fiz esta conta exata por quanto tempo, aí estive afastada um tempo, até quando fui fazer doutorado fora, enfim, não tinha como continuar. Voltei também não sei precisar exatamente em que ano eu voltei, tu lembras Ana? Tu estavas aqui pela AGAPAN na época. Eu vou ter que ficar devendo isso para vocês. É uma coisa que eu já deveria ter feito a conta.

Entrevistadora 01: *Pelo menos assim mais de 10 anos?*

B: Ah, tranquilo.

A: Com certeza, com certeza, somando os dois períodos. Porque o CES está fazendo esse ano 22 anos e com certeza metade disso eu passei aqui. Mas eu tenho que um dia parar e olhar direitinho. Que ano eu entrei, que ano eu saí, e que ano eu entrei de novo. Bom, mais de 10 anos.

B: Como segmento usuário eu estou aqui desde dezembro de 2012.

Entrevistadora 02: *E antes do segmento usuário?*

B: Eu fui representante da Emater em dois períodos, serviço de extensão rural que está no segmento Prestador de Serviço. Que era onde eu trabalhava antes.

Entrevistadora 02: *E aí tu está desde quando? Começou em 2012.*

B: Bom na verdade eu estou aqui desde o Conselho ser antes de Conselho, porque naquela época, muitos anos atrás eu fazia parte da associação dos farmacêuticos e nós assistíamos as reuniões de formação do Conselho porque as entidades ainda não tinham os assentos oficiais. Nós passamos por algumas fases em que o Conselho se reunia e de repente um governador decidia que o conselho não deveria mais existir porque atrapalhava demais a vida do governo. Aí quando ele descobriu que sem o conselho Estadual de saúde ele não receberia dinheiros federais ele chamou todas as entidades que se reuniam e disse “Formem o Conselho como vocês acharem melhor” e daí se formou o Conselho Estadual de Saúde. Mas aí eu estava em fases diferentes, eu não era uma conselheira, a gente participava das reuniões de formação e depois eu estive aqui no conselho realmente em dois períodos pela Emater, num dos períodos nós fomos retiradas pelo Secretário de Saúde, então tem isso na história também, eu e a colega que representávamos aquela entidade porque nós votamos em propostas contrárias ao governo. E o governo telefonou para o meu presidente lá na entidade e mandou retirar as duas representações porque elas estavam votando contra o governo. E como prestador nós não poderíamos votar contra o governo. Aí nós escrevemos uma carta enorme para a direção explicando que com certeza absoluta a entidade não gostaria de votar nada que fosse ilegal portanto nós estávamos tranquilos naquilo que nós tínhamos votado. Mas aí as questões políticas se envolvem e muda as pessoas. Eu passei um bom período sem participar do conselho, do conselho diretamente assim não participava mais. Eu retornei, um período ainda com EMATER, depois me aposentei, e como eu faço parte de uma entidade ambientalista ao longo de 30 e poucos anos, eu vim por essa entidade ambientalista.

Entrevistadora 01: *Qual entidade?*

B: Agapan.

A: Eu sempre participei pela minha entidade dos trabalhadores, no caso o Sindicato dos Farmacêuticos, durante todos os períodos, representando a categoria.

Entrevistadora 02: *Bom, adentrando em nosso tema, em 31 de março de 2016 teve uma apresentação aqui no Conselho Estadual de Saúde, o Tiago Frank, ele é o coordenador da Atenção Básica da Secretaria acerca da Planificação da Atenção Primária em Saúde. Qual foi o entendimento de vocês daquela apresentação sobre esse tema da planificação? O que vocês compreenderam daquela época? Daquela apresentação, desculpe.*

B: Posso dizer? Aquela apresentação deles era a apresentação de um projeto piloto que começaria na região de Santa Maria para ver se a planificação, dentro daquilo que conceitua algumas, porque isso não é daqui né, essa planificação ela não nasceu da vontade do Estado, ela veio de outra frente.

Acho que tem teóricos que falam em algumas coisas, da *prontificação* (?6:08), formação de redes

e outras coisas. E isso começaria em Santa Maria e depois seria aberto para os demais, eles veriam como que isso estaria funcionando, como funcionaria, e seria mais como um projeto piloto, para depois estender para todo o Estado se ele tivesse fosse realmente eficiente naquilo que se propõe. Agora, nesse exato momento eu não sei qual é a avaliação que o gestor está fazendo dessa planificação.

Eu sei que ela vai, de uma certa maneira ela faz parte do Plano Estadual de Saúde, tá, que o Plano ainda será apresentado para a plenária do Conselho, eu estou acompanhando pelo Conselho as reuniões, algumas, não participei de todas, mas as reuniões da formulação do PES porque o Conselho Estadual de Saúde tem uma parte que é dele, não só a questão de avaliar e deliberar sobre o Plano Estadual de Saúde, mas também as ações do conselho tem que estar lá previstas para que o gestor possa então cumprir aquilo que diz a lei, ele tem que dar as condições para que o controle social possa agir, possa efetuar tudo aquilo que preconiza lá o que a gente tem que fazer como controle social, e é o gestor que tem que dar essa condição então tem que estar lá dentro do Plano Estadual de Saúde e também alguma coisa falando sobre o Conselho Estadual. Então isso tá lá, mas ao mesmo tempo essa questão da Planificação vem muito, vem muito no início das discussões quando eles estavam fazendo a parte de diagnóstico para colocar a situação de como que o Estado está, e veio muito essa questão de então que em Santa Maria o pessoal estava gostando muito, eles estavam adorando a ideia, mas e que os outros estavam curiosos para começar a pensar como eles fariam em suas regiões.

Entrevistadora 02: *E sabendo que em 31/03 a planificação já estava em andamento né, que ela, que a gente finalizou as seis oficinas agora esse mês de julho, de junho na verdade. Anterior a isso o Conselho em nenhum momento foi buscado para discutir a proposta que vinha ali do CONASS e da, a proposta quando ela foi pensada e qual o posicionamento de vocês quanto a isso assim, e se isso foi questionado à Secretaria?*

A: Que eu lembre não.

B: Não, eu também não me lembro dentro do tempo que eu estou aqui se, porque na verdade também temos que ver o seguinte, a planificação não muda o que o gestor tem que atingir. É uma forma de atingir aquilo que nós, que nós como controle social temos que ficar cobrando que seja feito, então a planificação ela pode ser uma forma mais efetiva de fazer aquilo que precisa ser feito e isso é que não fica claro se é ou não, por isso eles fariam o piloto para ver se no piloto isso aparecer como um método, vamos dizer assim, de conseguir atingir melhor aquilo que eles tem que fazer. Na verdade, o gestor tem que cumprir coisas, tem que executar coisas e que na ponta lá todos os usuários do sistema sejam melhor atendidos. Se sistemas anteriores dão conta de que as coisas muita gente reclama, muita fila, muita falta disso, muita falta daquilo, bom se planificando né, e acertando o que está faltando acertar na APS e diminuir 70% das filas que em muitas situações não são de estarem em filas mas sim de terem sido atendidas na sua base, se isso melhorar e for apresentado isso no final, quem seríamos nós para dizer: “não, eu tenho um método melhor”, não, o gestor tem que fazer a coisa acontecer. A planificação aparentemente, teoricamente pelo que eles falam é uma forma que eles acham que pode dar certo. Agora, tecnicamente, eu por exemplo, não poderia dizer tecnicamente e dizes assim: “não, não isso não

vai funcionar”. Não, se eles estão aplicando um piloto vamos ver se funciona. Mas eu realmente eu não lembro de eles terem vindo trazer isso como algo que a gente precisasse avaliar e dizer pra eles “ôh, a gente acha que não pode por aí”.

A: Eu na realidade tomei conhecimento desse, dessa ideia, enfim, lá em Santa Maria porque eu estive o ano passado, lembra aquela reunião?

B: : Dos conselhos municipais.

A: Tem um grupo de conselhos do interior que tem se reunido já, enfim, a algum tempo, numa dessas reuniões foi em Santa Maria e eles nos convidaram. Convidaram o Conselho, a primeira, a primeira vez não, a segunda. O Paulinho, na gestão dele em anos anteriores até tinha ido numa dessas reuniões. Mas fazia um tempo que eles não convidavam, casualmente convidaram, enfim, e aí nós fomos, até foi o Cláudio e eu, fomos a Santa Maria nessa reunião, e lá foi colocada essa questão porque a gestão estava lá também, eu não me lembro quinta gestão que estava daqui, enfim, e aí foi colocado que Santa Maria ia ser o piloto e tal, então lá eu fiquei sabendo que ia existir essa coisa, mas então eu fiquei sabendo em Santa Maria antes mesmo de isso ser ventilado, falado, enfim aqui no... Porque assim ôh, a gente nem sempre fica sabendo de todas as coisas que o Estado está pensando. As vezes as coisas chegam para nós quando está praticamente pronto né, e as vezes até que muitas vezes nós aqui nos queixamos, depois do prazo que deveria vir para o Conselho né, várias coisas, tanto tanto planejamentos né, principalmente a parte orçamentária por exemplo que vai sempre pra Assembleia primeiro depois pra nós, quando deveria vir pra nós primeiro. Os próprios relatórios, a gente estava comentando, o relatório do quadrimestre agora, ele foi apresentado na Assembleia antes de ser enviado pra nós, então essas coisas nem sempre vem naquele momento que a gente talvez gostaria.

Entrevistadora 01: *E qual a avaliação de vocês disso assim?*

A: Olha, é aquilo, a gente reclama, a gente lembra, olha algumas dessas coisas estão inclusive normatizadas, né, essas questões do financeiro, e dos relatórios está nas normas, nas leis dizendo que tem que vir em determinado prazo e tal e antes para nós que para órgãos externos. A gente reclama, mas aí é aquilo né: “ah, não deu tempo desta vez, na próxima vai vir”. Sempre “na próxima nós vamos corrigir”. Não deu tempo porque tinha o prazo, aquela história né, obedecer a prazos do legislativo e do TCE tudo bem, todo mundo obedece, agora obedecer aos prazos do controle social é mais difícil né. Embora até agora, até estão né colocando no, porque agora tem que além de nos apresentar tem que colocar lá, depositar lá o relatório no sistema e aí mas é muito mais porque o sistema fecha no prazo do que querer obedecer a um prazo. Enfim, a gente faz o nosso papel, reclamamos aquilo que, que não recebemos nos prazos, mas também a gente, por outro lado, tem dificuldade de cumprir prazos, de conseguir realizar as reuniões, de ter um retorno do plenário todo, de aprovar as coisas nos momentos certos, a gente tem também dificuldades, enfim.

Entrevistadora 02: *Após essa apresentação do Frank aqui pra vocês, da Atenção Básica, houve alguma discussão entre os conselheiros a respeito da planificação?*

A: Depois disso não. Outra dificuldade que a gente tem também é de muitas agendas e, na realidade acho que dois problemas né, que a gente tem com o Plenário, 1) a gente tem reuniões

de 15 em 15 dias, elas teoricamente durariam 4 horas, na prática a gente não consegue fazer elas durarem 4 horas, a gente tem presença massiva de conselheiros durante umas duas horas e pouco né, meia no máximo, e já começa a haver esvaziamento, então a gente tem dificuldade de botar muitos assuntos em pauta em cada plenária, então tem que ser um assunto principal digamos assim, mais importante, e aí a dificuldade de conseguir, que são muitas pautas, muitas coisas a serem discutidas, todo mundo querendo discutir, a gente raramente consegue ter um assunto que seja pautado mais do que uma vez ao ano numa plenária. É muito difícil.

Entrevistadora 01: *E em alguma das comissões, isso é possível?*

A: Também não, porque a outra dificuldade que a gente tem com as comissões, nós, por exemplo, não temos uma comissão que se debruce sobre a questão da APS especificamente ou que coloque isso como central. As nossas grandes Comissões que se reúnem aqui, é uma que, por exemplo, está reunida agora nesse momento que é a CIST – saúde do trabalhador e que obviamente se ocupa da saúde do trabalhador, não consegue, enfim, a outra é a Saúde Mental,...

Entrevistadora 01: *Etnias.*

A: a outra é Etnias, que deveria estar se reunindo também hoje aqui.

Entrevistadora 01: *A da educação Permanente.*

B: A da educação Permanente.

A: É, a outra é de educação permanente.

B: A de fiscalização.

A: A de fiscalização. Que essa se reúne mais, toda semana, mas aí tem as coisas pontuais, denúncias, auditorias, enfim, coisas para ver.

B: A da DST-AIDS.

A: E a DST, isso. Eu acho que essas são as nossas comissões que estão em atividade. Então nenhuma tem assim um olhar específico para a APS, claro que a Atenção Básica passa, pode estar passando por várias dessas em várias instâncias né, tem a ter a intersecção, mas essa é uma dificuldade que a gente tem aqui no conselho é de, por exemplo, nós não temos uma assessoria técnica, nada, zero, então a gente não tem pessoas que possam fazer digamos assim aquele primeiro olhar, meio que decodificar algumas coisas né, porque é óbvio até, por necessidade né, grande parte de projetos ou de, enfim de propostas que vem do governo elas vem numa linguagem técnica, porque afinal é um instrumento técnico, é um material que tem uma técnica inerente que precisa aparecer dessa forma. Nós muitas vezes temos dificuldade, muitos conselheiros tem dificuldade do entendimento daquilo, fazer a tradução para uma linguagem que eles consigam entender é difícil, eu não, essas apresentações quando são feitas, eu tenho certeza que grande parte dos conselheiros metade daquilo eles não entenderam, eles as vezes não demonstram, até talvez né: “não vou demonstrar que eu não entendi”, um que outro talvez tenha coragem de fazer perguntas e tentar se esclarecer, outros as vezes fazem colocações que a gente já percebe assim só pra marcar posição, dizer: “olha a minha posição é essa”, faz alguma ou outra, mas a gente percebe assim no geral é um grupo de pessoas que não conseguiu entender aquilo a fundo e precisaria de mais tempo, de explicar melhor, talvez numa linguagem um pouco mais né, acessível, outros infelizmente só se interessam quando é um

assunto específico da sua área. Nós temos também essa questão né, por que nós temos aqui as representatividades bem plurais né, desde gestor e prestador, os trabalhadores, os usuários, em todos eles, eu posso ter um trabalhador que só se interessa se for na área dele de trabalho. Eu posso ter um usuário que só se interessa se for na patologia dele né, enfim, naquilo que a representação dele tem mais a ver com o tema e nos outros temas as vezes a gente percebe a não, o não engajamento das pessoas, quando na realidade o conselheiro quando ele está aqui como conselheiro ele deveria se preocupar com tudo o que é objeto do Conselho, e a APS, pelo amor de Deus né, pega tudo, se tem uma coisa que é mais geral e que eu acho que não foge a ninguém né, mas nem todos tem esse entendimento, então nem todos as vezes se interessam, então as vezes a gente tem discussões, como é que eu vou dizer, pobres, né, discussões que não conseguem aprofundar, que não conseguem chegar na essência, então as vezes algumas pessoas se apegam em alguns detalhes, em algumas coisas, as vezes mais para marcar posição e para dizer que fizeram alguma manifestação, que não tem assim uma profundidade maior, não tem uma resolatividade, quer dizer né, aquilo não é essência da questão que tem que estar sendo colocada. A gente tem realmente as vezes dificuldade de fazer essa...

B: Mas por outro lado né, temos que ser honestos e dizer o seguinte: os documentos que o gestor nos manda, na grande maioria das vezes, se não todas, é para ser incompreensível. A gente já fez a experiência de analisar relatório na qual nós pedimos reunião com o gestor para que a gente pudesse entender melhor o relatório. A sala não tinha cadeira de tantos técnicos que vieram [...] Por quê? Por quê isso? Porque cada técnico só sabe da sua casinha [...] então se os técnicos que fazem a parte da gestão só entendem da sua caixinha e não entende da caixinha do vizinho [...] como é que eles querem que o conselheiro em uma reunião, na qual inclusive [...] isso já foi apontado em diferentes momentos, já foi apontado várias vezes, a forma como é apresentada, os dados como eles vêm, nós precisamos de relatórios que sejam compreensíveis para a gente entender o real e não o imaginário do gestor. Então tem várias coisas que já foram colocadas. A gente está até num crescente, a eles arrumam uma coisinha aqui para o próximo relatório, eles melhoram outra coisinha ali mas nós ainda temos de parte do gestor isso aconteceu já na última [...] nas apresentações eram assim: tu detecta um problema, vou usar um exemplo real, eles pegaram uma planilha que eles retiram da área federal para colocar os dados daquilo que é gestão municipal, gestão estadual e gestão dupla, tanto de município quanto de estado junto gerenciam, perfeito? Só que como eles pegaram o dado federal eles colocam dentro do relatório e eles não fazem crítica em cima daquilo, eles simplesmente acham que isso vai [...] o problema é o seguinte: os dados que estão lá colocados, do Estado do Rio Grande do Sul, foram colocados pelo estado do Rio Grande do Sul, não foi lá no federal que pegou os dados e imaginou no Rio Grande do Sul. Então quando eles digitaram os dados, assim como a gente vê muitas vezes no CEAC que é dos conselhos, quando eles digitaram lá no sistema nacional, eles digitaram errado. Então, a dificuldade de o gestor aceitar que tem uma coisa errada e que eles precisam corrigir e que da próxima vez tem que ver a verdade, não existe, a tendência sempre de quem está apresentando e justificar-se e a justificativa é sempre porque existiu um terceiro que fez uma coisa e aí não tem mais como mexer naquilo, aquilo é imutável. E isso é prática de

[...], eu não vou me lembrar do nome dele agora [...], mas que sempre ele faz parte das apresentações, então, se tu levantas isso, que está na cara que tá errado. Aí o que que acontece? Os técnicos mais preocupados com a gestão no dia seguinte te encontram no corredor e "ah, nós fomos lá eu olhei e realmente teve um erro lá, mas foi de quem digitou na fronteira, e aquilo lá não ficou bem". Aí eu disse, "tá mas vocês vão fazer o possível para consertar isso, pois se o dado está errado tem que ser arrumado", porque senão o que que acontece? Nós avaliamos documentos e nós temos que ficar entendendo o seguinte: ah nós vamos avaliar o documento, ah, mas isso aqui está errado, mas fica assim mesmo, porque deve ter uma razão para estar errado, entendeu? Então não adianta fazer [...], para quê trazer para o controle social o documento? Então a gente tem cada apresentação que a gente levanta e existe a resistência do outro lado de fazer e de fazer o conserto, porque não, porque sempre tem um terceiro que errou, nunca foi o gestor o centro, né, de quem está fazendo aquilo. Estou acompanhando a questão do PES e o conjunto do pessoal que está trabalhando, eles têm se esforçado muito para isso, então eu não tinha, eu não acompanhei PES em outros momentos, eu estou acompanhando este, né, e eu observo o esforço que eles estão fazendo para tentar fazer com que a coisa seja lógica, mas sabe que as pessoas quando tentam fazer a coisa lógica, a lógica é para um grupo, talvez o grupo que vá ler talvez não enxerga essa mesma lógica, que é natural do ser humano vamos dizer assim né? Desde que não venham informações erradas, por que se vier informações erradas, o que acontece quando a gente estuda e encontra numa publicação um erro, que tu sabes que está errado aquela informação? Tu desacredita o resto das informações. Se o cara errou aqui, aquilo que eu não sei, será que isto está certo? É a mesma coisa.

Aí acham que é briga entre pessoas, entendeu? É o gestor contra o conselho, controle, [...]. Não, é que tem coisas que tem que ser modificadas e existe a resistência do gestor também em modificar, e aí obvio né, isso desestimula em parte o controle social, né, as pessoas que vem participando de longo data. Quando a gente fala aqui, nós estamos de longa data em períodos diferentes, mas por exemplo, da minha entidade, teve pessoa que participou sempre né, desde lá do início, já está falecido inclusive, porque claro, entidade de voluntários, então as pessoas que podem, que estão aposentadas, e que podem trazer para dentro do controle social as questões que estão relacionadas, principalmente ao adoecimento, que aí a gente tem preocupações específicas que a gente traz pra dentro do controle social, mas, e tem todo o resto a ser controlado. Inclusive a gente tem observado, como comissão de fiscalização, faz parte da comissão de fiscalização e nesta gestão eu estou com poder nessa comissão. A auditoria é um outro problema gravíssimo que nós temos nos gestores. E nós estamos tentando sanar isso, com o quê? Pedimos ali para o [...] da assessoria jurídica, que é funcionário aqui do CES, que é da SES, mas presta serviço para o CES, tentar com a linguagem do direito conversar no mesmo nível né, pois se eu for escrever não vai ser o mesmo nível de quem vai atender na auditoria, então ele elabora a documentação pois essa é a função mesmo, a gente diz que precisa e eles fazem, ah [...]. Porque as auditorias, sinceramente, falando, a grande maioria não serve para nada. Então se gasta uma pilha de dinheiro e a gente vê o resultado da auditoria é o quê? Existe uma lei que fala sobre auditorias, e existe uma gradação de penas. A Auditoria vai no local e eles

estão nos mandando as auditorias agora por quê?

A: Porque nós cobramos.

B: Porque nós solicitamos na Plenária, na Assembleia Legislativa, sempre o gestor [...].

A: E não vinha!

B: Nós queremos, porque DENASUS mandava [...].

A: O DENASUS sempre mandou, o estado nunca mandou.

B: E o estado não mandava as auditorias. Ainda a primeira auditoria que mandou para cá nós observamos o seguinte: o crime era grave, em termos de questão de saúde, e a pena era só devolver o dinheiro, como se o dinheiro fosse importante, a pessoa que foi, que sofreu uma cirurgia e que colocada a prótese, isso não importa, né. Aí eles têm, pela lei eles têm que recomendar as penas, eles não recomendam penas, ou seja, deixa assim como está, não vamos ferir o que a gente conseguiu descobrir. Aí o que a gente faz? A gente encaminha para o Ministério e a gente encaminha de volta para a Secretaria, dizendo o seguinte: “Vocês não estão cumprindo a legislação da auditoria, onde estão as recomendações de pena?”. Claro que aí o jurídico é que faz lá na sua escrita, para o secretário e para o CAMMI. Mas aí nós estamos observando que esse é um trabalho [...] ontem nós recebemos 133 documentos de auditorias, são 133 auditorias. Dá para ler tudo isso? Não, não dá. Então a gente está fazendo [...]. Mas aí a gente começa a observar assim ó: gente, a auditoria não está servindo para consertar os erros. E aí nós como controle social, vamos ter que trabalhar em cima para que [...], pois não somos nós que [...], o controle social não tem que corrigir o erro que aconteceu lá na ponta, a auditoria tem que fazer o papel dela e o gestor tem que fazer o dele, e para isso que nós estamos aqui. Então, na questão, voltando ao assunto planificação, no momento em que eles tiverem dados sobre [...], vocês terminaram as oficinas né? Pois foram várias oficinas, inclusive por micro né? Pessoal do CEVS estava junto, eu sei que, pelo relato, bom isso foi efetivo? Isso está valendo alguma coisa ou é por novidade isso? Porque toda novidade as pessoas aplaudem, aí depois “dá com os burros nágua” e até consertar o que começou é problema, por isso que se faz piloto.

Entrevistadora 01: *E se já tiveram alguma avaliação assim até da de Santa Maria, de Santiago, ali, alguma avaliação até dos gestores que chegou ou de algum conselheiro que [...]?*

B: Não.

A: Não se ouviu mais falar no assunto, a não ser ontem que eu encontrei lá no COSEMS com a Aglaé até ela estava me dizendo que estava indo pra Santa Maria. Já não terminou?

Ana: As oficinas terminaram. Mas é que tem a [...]

A: Ela deu entender que estava indo para Santa Maria ver alguma coisa desse assunto lá.

Entrevistadora 01: *É que o Movimento de Planificação da Atenção Básica gerou dois processos né, então ele gerou um que foi esse das seis oficinas, que foi uma adaptação ao modelo que veio do CONASS, que era um modelo bem mais ampliado, e daí como as avaliações foram, tem sido positivas né, que tem sido apresentada ao grupo que está acompanhando, ele vai gerar um movimento de planificação também da média e da alta complexidade, que começa agora só que não mais com o DAS, coordenação da APS tocando, mas com o DAHA tocando ali com o Francisco Paz, então é esse processo que está se iniciando agora de novo, então ele, e o*

processo de planificação em si ele é ele não se resume as oficinas né, agora vem uma parte de avaliação, justamente essa de acompanhamento ali das equipes.

B: E tudo isso tem que estar no PES, então nós vamos avaliar lá no PES, quando eles trouxerem a proposta do PES final, a planificação está descrita lá no PES, então nós vamos avaliar o documento, na qual eles utilizam o processo da planificação como algo que deverá crescer dentro do Estado, tá? Obviamente eles vão ter que no explicar que no piloto, o que que aconteceu no piloto, para valer a pena [...] na apresentação, porque? Óbvio eles estão criando uma figura que não é diferente, eles estão só organizando as coisas, né, aí mudam-se os nomes exatamente para se ter uma característica mais firme, aí acerta alguns nos detalhes que não estavam sendo respeitados, num planejamento que deveria ser planejamento bem articulado, e agora eles estão conseguindo com isso agregar mais forças na hora de planejar o que precisa ser feito. Mas eles estão planejando somente o que precisa ser feito, eles não estão criando demandas novas, que não passou pelo controle social aí é um problema.

Entrevistadora 01: *E considerando a questão que se colocou, que vocês colocaram assim, da APS, né, que o conselho não tem nada específico que coloque essa questão da APS, mas que ela perpassa todas as comissões de todos os trabalhos do conselho.*

A: Deveria

B: E na verdade é tema de Plenária, não temos uma comissão que trate só disso.

Entrevistadora 01: *É nesse sentido assim. Vocês acham que seria positivo para os conselheiros, daí não só os estaduais, mas todo o controle social, ter essa aproximação com esse processo né que é de planificação que é justamente assim o que se dispõe, num processo de planificação, é repensar toda a APS, então a gente tem toda uma parte conceitual, também de reformulação do processo de trabalho que envolve esses conselheiros. Vocês acham que seria positiva a participação dos conselheiros nesse processo? Como vocês avaliam isso?*

A: Com certeza [...] Até porque assim ó, nós, vários de nós, do plenário pelo menos aqui do estadual, enfim, que é o que a gente mais vivencia, a gente tem colocado tanto quando dá da elaboração, do plano, e mesmo quando vem os relatórios de gestão, a gente tenta seguir, e durante a conferência também a gente teve uma discussão bem importante sobre isso que inclusive nós colocamos um tema a mais na conferência de saúde, né, nós, veio lá do nacional seis temas, nós incluímos um sétimo tema que era o levantamento das condições de saúde da população, fizemos o questionário, que mandamos para todos os conselhos municipais, tivemos o retorno até que razoável porque eram noventa e nove né, praticamente o pacto né, responderam, tentando reforçar justamente a APS, mostrando, tentando chamar atenção de que nós precisamos fortalecer mais a APS para depois não ficar nesse chororô dos hospitais querendo mais dinheiro, mais dinheiro, mais dinheiro, mais dinheiro, mais dinheiro, [...] né, para a média e alta, e isso é uma bola de neve se tu não rompe isso, vai ser a vida inteira, tu dando mais dinheiro para a média e alta, então, isso é uma discussão que tem entre alguns de nós, mas que não é uma coisa que daria para dizer que é unânime dentro do conselho, tá bem clara para a maioria dos conselheiros, porque eles se sensibilizam mais, isso a gente percebe, quando alguém fala que está faltando dinheiro para hospital, eles se sensibilizam mais do que quando

falam que está faltando dinheiro para APS. Porque eles não conseguem enxergar, eu acho que é uma [...] até pela cultura toda, que a gente enfim, por isso que a gente lutou lá na reforma sanitária justamente para mudar o modelo né, sair do hospital o centro para um outro modelo do médico central, outro modelo, outro profissional, enfim [...] então isso é uma luta que eu acho que ainda não se conseguiu vencer isso no imaginário da maioria das pessoas que acabam vindo para cá porque os conselheiros por mais que eles tenham uma visão diferenciada de saúde, tem alguns que vem para cá sem conhecimento nenhum, muito pequeno do que é o sistema de saúde, de como ele se organiza, é impressionante como tem conselheiros que chegam assim meio perdidos aqui, que não sabe bem o que estão fazendo e que a gente tem uma dificuldade muito grande de fazer a formação, né, a gente está agora concluindo, elaborando um plano de educação permanente que vai entrar no PES também e que vamos tentar ver se a gente encontra uma forma de ter efetivamente uma educação permanente porque a gente está toda hora com conselheiros novos, tanto aqui quanto nos municípios. A gente termina de formar, entrou gente nova que não está formada.

Entrevistadora 01: *Em que caráter que vem essa formação? Em que forma que vem essa nova proposta?*

A: A ideia é tentar formar multiplicadores, que também tu não tem garantia, porque aquele multiplicador daqui a pouco sai também, mas a ideia é que se ele sair ele deixa alguém no lugar. Tentar formar uma corrente, digamos assim, algo que consiga permanecer, que não, que não se esgote. Então, talvez seja uma forma da gente conseguir envolver mais, de capacitar, durante a [...] antes da conferência, como prévia da conferência, também a gente teve um apoio interessante do DATASUS, que fez também uma série de oficinas com os nossos conselheiros e do interior também, ah [...] também capacitando principalmente a buscar os dados, onde buscar os dados, como fazer leitura dessa enormidade de dados hoje que estão a nossa disposição, tá tudo à disposição, está tudo nos portais, os dados estão todos ali. O problema é tu conseguir, primeiro saber onde encontrá-los, depois entendê-los, aquilo que a Ana estava falando e que ainda a gente enfrenta nos relatórios de gestão. A gente tem aqueles indicadores que foram pactuados com o ministério e que é um tipo de indicador, que enfim, que tem uma unidade de apresentação de dados. O estado, por outro lado, também apresenta complementarmente uma série de outros indicadores, ou enfim, uma outra forma de apresentar o mesmo dado, isso continua confundindo a cabeça das pessoas, tu acaba ficando com dificuldade de ter uma avaliação, afinal [...]. O que interessaria para o controle social? A gente vê isso tudo e dizer assim: ok, a população foi atendida, os seus problemas foram resolvidos, né...

B: [...] O gestor tem conhecimento dos fatores de adoecimento, e esse é uma [...] dentro da planificação, olhando para aquilo que tu estava colocando, a planificação determina, na planificação tu identifica todas as tuas potencialidades e todas as tuas fragilidades, vou usar um outro termo que a gente usa em outros métodos como fortalezas; por exemplos, e na verdade o que acontece? Na planificação quanto mais informações poderes girar dentro daquele território, dentro daquele ambiente melhor ficar, porque se você tem vários fatores de adoecimento. E você tem em todos os municípios. Se na planificação todos os fatores não forem

identificados. E isso foi uma das coisas que no questionário que o conselho fez prévio a conferência de saúde, a gente colocou, vários fatores que as pessoas não ligam que inclusive para o PES agora a gente levantou esta questão no início do PES.

Eu participo das reuniões, comecei a participar lá no início, eu sentia que o pessoal estava muito voltado para os mesmos pequenos detalhes de sempre, e o centro de vigilância em saúde, que é o que mais tem informação sobre fatores de adoecimento, estava muito tímido no momento, mas estava tímido porque o contexto foi dado assim, aí eu comecei a questionar: onde é que temos o maior problema com o agrotóxico no estado? E se planificar o estado gente?

Se eu tenho casos de suicídios a partir dos agrotóxicos, em Santa, Cruz, em Vera Cruz, em Candelária, em todos os lugares onde se produz fumo eu tenho que ter na minha planificação onde é que ficam estes lugares.

Se eu tenho esses casos de suicídios eu tenho atendimento a essas pessoas que entraram em depressão antes mesmo delas se mataram, ou seja, isso é planificar é saber primeiro onde estão os problemas, e saber se do seu território e você tem condições de atender aqueles problemas e onde usuário encontra. Então você tem lá um mapa, faz um mapa hoje está muito facilitado porque faz tudo pelo Google ao colocar no mapa você enxerga até a casa do senhor João que é usuário do posto de saúde que fica duas quadras da casa dele dessa forma você estará planificando o senhor João e não precisa ir muito longe, agora só se o caso dele for grave, pois em um caso mais grave onde é que o senhor João vai ele não irá no posto de saúde pois o posto de saúde não tem condições de atender uma situação grave de morte eminente bom onde é que tem o SAMU mais próximo? A regulação esta tendendo isso aqui?

Qual o ponto da regulação que esta tendendo isso aqui? Só que eu volto a dizer isso é um bom planejamento que poderia ser feito a 100 anos atrás com mapas desenhados a caneta, só que isso dá trabalho, as pessoas começam a simplificar as coisas e quando você simplifica de mais o senhor João deixou de reconhecer que está a duas quadras do posto de saúde, mas os instrumentos hoje vira tudo estatísticas, os instrumentos hoje dão conta que podes planificar melhor, tu podes pois tens instrumentos que permitem fazer isso quase que instantaneamente e incluindo-lhe, quem são as entidades que tem força ali que podem influenciar neste processo? Aí tu me pergunta: Os Conselheiros ou Conselho Estadual de Saúde, os Conselhos Municipais? É obvio, mas não para executar e isso eu quero deixar bem claro, nós não fomos órgãos executores, no momento em que nós formos órgãos executor, nós estamos fazendo paralelamente a obrigação que é do Gestor e a gente as vezes sente que existe uma pressão pra gente ficar pipocando em várias coisas e não ter o olhar do geral, para conseguir da conta de entender esse geral e dizer que isso não está bom, ou isso está bom pode continuar, por que nós temos por exemplo, só lembrando a atribuição em relação relatório trimestrais, os relatórios trimestrais deverá ser três por ano, lá na Lei 141, art. 41 diz: que a gente tem que analisar e fazer as recomendações quando necessário, então a gente não diz, a gente não aprova ou reprovamos o trimestral, temos que analisar e o que é analisar e dizer se tem coisas errada e se devia melhorar? Devemos ter o máximo de informação a planificação provavelmente irá nos ajudar a enxergar o que o Gestor está dizendo que está fazendo e de enxergar o que não

está funcionando e o que é esse universo, por que as vezes você pode trazer um resultado, que ao olhar ele sozinho você aplaude, sucesso total, só que se olhar o universo onde estava situada aquela situação, vê que aquilo ali é uma formiga em meio ao formigueiro, quer dizer que o resto não foi feito, por isso temos que malhar no bom sentido, jogar o malho em cima, ou seja; eu tenho que dizer que aquilo ali não está bom. Agora se eu jogar só aquele resultado ali vamos aplaudir, sim, mas sem conhecer o universo eu posso estar completamente errada na nossa avaliação e levar os Conselheiros a pensar e deliberar de maneira errada. E aí existe obviamente, a gente se sente muitas vezes com pouca informação aí fica aquela coisa que as pessoas perdem um pouco a coragem também, perdem a coragem aí não leem tudo e se leem, não entendem e aí piora a situação. Eu acho que inclusive a planificação, planificação bem feita e bem estruturada, ela vai nos possibilitar a fazer belas avaliações dos documentos que possam vir.

Entrevistadora 02: *Nesse viés vocês estão falando exatamente que nós estamos nessa parte de como é feita a capacitação do Conselheiro, se vê várias que tem muito Conselheiro que não se manifesta por que não está entendendo, ou o Conselheiro se manifesta para marcar posição. Quando vocês fazem capacitação de vocês dos Conselhos Estadual de Saúde, tem esse espaço para que o Conselheiro exponha as suas dificuldades? Explique as suas dificuldades para que em cima disso se construa alguma coisa ou é mais uma explanação? Só, como eu vou dizer, uma aula, eu só exponho dados, mas não percebo, não consigo captar como ele está sendo captado pelos conselheiros, como é que é feito?*

B: Bom eu posso falar só de uma experiência que eu tive em um município, e o Conselho na verdade fez o Conselho macro onde as pessoas podiam expor seus pensamentos e tudo mais, mas em regiões que fazia parte do processo de capacitação, então não era aquela questão de estarmos capacitando os conselheiros para o controle social iam temas e as pessoas debatiam e diziam de suas dificuldades, mas falando assim especificamente, o município X pediu uma capacitação, digamos; vamos fazer uma oficina pra gente entender um pouco melhor, pois estamos um pouco perdido aqui pois a Lei do Município diz assim e não sabemos se estamos fazendo correto, por exemplo: aí vão dois, três conselheiros, pelo menos das vezes que eu participei indo a campo junto, aí faz uma roda de conversa na verdade na qual, em um primeiro momento obviamente, tentamos ouvir tudo que está pairando, me lembro de um município especificamente que era Terra de Areia, em que fizemos esta roda aí os Conselheiros Municipais, estavam todos, todos não, lá também eram poucos, e não estavam poucos pois era dia de semana, os que trabalham não tinha, a representação de agricultores, por exemplo; não estava lá, pois era época de colheita, então o agricultor não foi, mas foram os que poderão estar lá presente.

Mas fizemos exatamente assim, nós queríamos saber, quais as dificuldades que vocês estão encontrando aqui? E nós claro, levamos o material junto, o que diz a Lei e aquela coisa toda. E aí eles foram levantando todas as mazelas, desde da própria Lei, aí claro orientar, bom vocês estão com uma Lei aqui que na verdade é uma Lei que não atende o que deveria ser o controle social, por exemplo, eu vou usar um outro exemplo, mas aí esse já durante uma Conferência que eu fui, uma Lei do município diz o seguinte: 50% dos usuários estes as entidades que indicam

seus representantes ao seguimento trabalhador e Gestor prestador, quem indica é o Prefeito isso está escrito na Lei, 50% usuário nas entidades usuários, está tudo bem, maravilha só que as entidades trabalhadores quem indica é o Prefeito, entrou em conflito com o prestador que era da área da odontologia, rescindiu o contrato e tirou o cara do Conselho e o Prefeito tinha indicado ele pra estar no Conselho, pelos dentistas aí vem Conselho, vem sindicato e várias coisas e isso está escrito na Lei deles , então já vem lá com vício de origem como se diz, ou seja; eles tem que modificar a Lei para regularizar a situação.

Nesse outro Município que estávamos, eles tinham situações semelhantes, então tá, aí eles tem que começar toda uma batalha, aí tu tens que dá ânimo para as pessoas, vão ter que ir para a Câmara dos Vereadores, vão ter que conversar com Secretário, vocês vão ter que modificar a Lei. Só que dependendo do Artigo nem isso resolve.

A: Mas acho que o que ela quer saber é se nossas capacitações são só palestras? Não, são participativas, não são só palestras, claro que em alguns momentos tem alguma fala, explicando alguma coisa, tem algumas coisas que você tem que minimamente fazer alguma exposição, mas na grande maioria do tempo, e as nossas capacitações, pelo menos aquelas que nós, por que a gente também não temo muitas pernas pra fazer muita coisa, tanto é que estamos com esse plano tentando justamente descentralizar o máximo e colocar um pouco de responsabilidade também no pessoal das regionais dos próprios municípios maiores de virarem, de se capacitarem pra depois assumirem isso formarem inclusive comissões de Educação Permanente, isso é uma coisa que até vindo de uma reunião semana passada, uma reunião lá em Brasília do Conselho Nacional, avaliando todo o processo do tal do QualiConselhos, um projeto com a Fiocruz o QualiConselhos, e uma coisa agora está tentando estimular é justamente que cada município tenha a sua comissão julgadora, e que de um jeito deles, porque eles ficam todos nos demandando, nós não temos, nós temos uma comissão de Educação Permanente aqui que é meia dúzia de pessoas não dá conta de capacitar todo mundo né?!

Entrevistadora 01: *Eu queria voltar um pouquinho, até aproveitando a sua fala sobre a Reforma Sanitária, e daí eu pensei não tocar nesse assunto, mas já que tocou, colocando toda a Reforma Sanitária como um processo ainda em curso, acho que ainda agora mais acirrado politicamente, e nos traz toda a questão do papel da planificação e daí o quanto isso pode potencializar algumas ações do Conselho na sua visão?*

E daí como serviu pra mim, que eu me vejo ambos os lados ao mesmo tempo, ao mesmo tempo que eu estou ali fazendo o relatório quadrimestral e que me dão um prazo e eu não sei o que acontece no meio do caminho que faz com que ele chegue atrasado, por que o técnico está ali no prazo e ver a planificação no ponto de vista operacional ali e o quanto temos visto esse processo como mudança de trabalho, não é que eu ache que, a gente sempre teve as ferramentas nesse sentido, as ferramentas estavam dadas, mas vemos muito a planificação como um processo que ele gera dor, porque ele exige a mudança, e exige a mudança das pessoas no seu processo diário de trabalho e isso tem tido um papel muito interessante, que ele reúne em um espaço só diversos seguimentos no caso, então ele tem colocado todos os trabalhadores da saúde em um espaço, então desde o porteiro da unidade até o médico que tem

toda relação de poder social que a gente sabe bem como é que é no mesmo ambiente junto com o Gestor municipal, junto com os usuários que estão ali. aí que queria que vocês tentassem fazer uma leitura nesse sentido, no papel do conselheiro nesse espaço potencializado claro, proposto pela qualificação o que isso poderia dar de potência para o conselheiro nesse momento e com esse seguimento ter a oportunidade de discutir a APS ali.

A: Bom eu acho que é toda né, acho que o que está acontecendo agora a Ana está sendo a única conselheira que está apoiando a construção do peso, a gente tinha quantas vagas que eles propuseram, tu sabes?

B: cinco vagas.

A: E a gente não conseguiu gente suficiente para preencher as vagas e isso é fundamental, porque tu faz uma construção junto, consegues entender como é que as coisas acontecem e você também é parte disso, então assim como eu acho que é importante para o trabalhador participar do processo e o próprio usuário, para o controle social muitas vezes é a representação ou desses usuários ou desse trabalhador, né por que obviamente o prestador ou o gestor estão mais por dentro porque são por via os que estão executando todo o processo, até construindo já e isso é fundamental, você construir junto é se sentir parte. Agora tem também o problema que a gente sempre discute aqui é da nossa presença em algumas estancias tanto é que quando a gente foi participar lá do PES, ficamos meio assim, devemos ou não devemos participar? Porque, se a nossa função é fazer o controle, fazer a fiscalização, será que está certo a gente participar do processo da construção? Como é que nós vamos criticar depois, né? E o Conselho estava lá e concordou, então não pode mais criticar, né? Pois se estávamos construindo juntos, teríamos a oportunidade de questionar, de apontar o que estava de errado e agora não pode querer desconstruir tudo que foi construído. Só que assim ó, essa coisa se dá a partir de uma representação, de uma, duas, poucas pessoas o coletivo todo lá pode não concordar com isso. E não tem como, infelizmente, fazer um processo permanente, por exemplo; a Ana tem participado semanalmente, e é impossível ela trazer, nem para a mesa, quanto mais para o plenário o que ela está discutindo lá, para que o plenário digamos assim, acompanhasse passo a passo o que está acontecendo, não tem, como. Então quando chegar para o plenário o PES, para o plenário vai ser tudo novidade.

B: Mais o menos novidade, por que nessa atuação, a gente já teve apresentação de uma parte do PES.

A: A é verdade.

B: Que a gente propôs exatamente isso né, passar por partes para que não fique assim o a bomba, a bomba no quero dizer, o volume inteiro, por que aí as pessoas não vão ter tempo de ler.

A: É, mas como vai ser quando eles realmente tiverem que aprovar, vai ser quando eles realmente vão de debruçar. Se perguntares, até eu já tinha me esquecido, até eu que estava lá com certeza, já tinha me esquecido que tínhamos apresentado uma parte do PES, se perguntar para várias partes dos conselheiros não vão lembrar que teve apresentação, até por que, podem nem estar presente naquele dia e muitos vão dizer que não lembram o que é que foi apresentado

e quando vinham realmente pra votar, é que ali é que eles vão realmente se apropriar e aí pode não concordar. Agora para aquela pessoa que participou é um ganho com certeza que ela vai está conseguindo entender, só que você não consegue fazer isso com gente.

Entrevistadora 01: *Podemos dizer que é necessário então um aprofundamento do conceito de fiscalização? Que fiscalização não é simplesmente o deu ou não? Que fiscalização tem que ser olhada de forma muito mais aprofundada?*

A: Não ver só o depois né, depois que está pronto. É fazer uma fiscalização monitorada.

Entrevistadora 01: *Então vocês vêm acompanhando também, assumido esse compromisso de ver como está sendo essa construção, eu acho que é muito disso que representa.*

B: É na verdade desde do início, desde da primeira reunião que eu participei eu disse, estou aqui acompanhando o processo de formação do PES, claro que chegou um momento em que foi solicitado que CES escrevesse a parte do diagnostico que está do CES e vai ter as metas ali previstas por que tem que está lá para poder ser orçado coisas para serem feitas pelo CES. Mas desde do início eu sempre dei pitaco e sempre fiz perguntas, tanto é que o CVES de uma certa maneira ele cresceu, quando eu comecei a fazer perguntas sobre os fatores de adoecimento. Por que colocar a culpa da doença na água, por favor, a culpa não é da água, a culpa é do que foram que jogaram dentro da água, entendeu? Então é muito fácil colocar a culpa, e a culpa não é só de quem avalia é de quem ou avaliou a água. A água não tem culpa do que colocaram nela, a água não tem culpa das doenças.

A: É que nem agora, né, o que estamos aqui vivendo e ninguém sabe até agora o que que é né? Ninguém fez o diagnóstico do que está acontecendo com a nossa água aqui né? Está um empurra-empurra.

B: Mas por outro lado ninguém fez diagnostico ainda dos 80% de microcefalia que não são causados pela Zica e ninguém se sabe, se é causada pela ZICA. Por não interessa os 80%, interessa só os 20? Esse tipo de pergunta, esse tipo pergunta na verdade vai gerando as perguntas, aí depois eles vão elaborando porque o Gestor tem as suas responsabilidades de prestar contas a algumas coisas e depois vai para a plenária, a plenária vai analisar e vai ver se aquilo está de acordo, vão levantar questões obviamente que até pra quem está acompanhando. Eu estou acompanhando lá, mas eu não tenho a percepção de tudo, agora nós temos vários olhares na plenária e aí eles vão perceber coisas na hora da apresentação que eu que estava ali não percebi, entendeu? Porque eu também tenho foco em determinadas áreas, eu foco na minha área, como eu sou ambientalista, eu olho para a questão do que está acontecendo, do que está matando as pessoas, o que está prejudicando as pessoas e que por consequência está prejudicando o ambiente e assim por diante. E que inclusive a gente colocou perguntas lá no nosso questionário antes das Conferências, exatamente que as pessoas para que as pessoas olhassem o que está acontecendo no seu município, por que nas nossas propostas onde é que está escrito que irá resolver?

A: Teve uma resposta de um conselho que ela é bem emblemática e acho que mostra como nosso controle social está fragilizado ainda, um dos 99 respondeu que toda aquela parte, por que tinha uma primeira parte que era da situação dos conselhos, aí depois tinha outra que e no

levantamento das condições de adoecimento, e uma terceira dos serviços oferecidos pelo município que desse conta de todos aqueles problemas levantados, principalmente essa terceira parte ele disse que não tinha como responder isso só o Gestor poderia responder. Então mostra assim que o controle social pelo menos daquele município não tem conhecimento de nada.

B: Porque era pela percepção, a pergunta, o questionário, não era um questionário de acertos ou erros, era pra percepção do controle social.

A: Mais quali do que quanti.

B: E que eles fizessem plenárias principalmente, ou fizessem reuniões e tudo mais, mas parece que algumas questões as pessoas acham que só o Gestor pode responder, ora eles não sabem quantos postos de saúde existem no município dele, eles não sabem se as pessoas são atendidas lá.

A: Não e a gente perguntava não só se tinha ou não tinha, perguntava como é que estava o atendimento, justamente para ver qual era a percepção que eles tinham, se estava bom, se não estava, se estava adequado, se não estava, se era suficiente ou não. E ele disse que não, que aquilo ali ele não tinha como responder, mas aí foi um só.

Entrevistadora 01: São 99 que responderam?

B: 99 que responderam dos 497.

A: Mas nem todos responderam completo, alguns responderam só uma parte, teve esse por exemplo que na última parte não respondeu nada, teve algumas assim que infelizmente, mas no fim foi uma boa amostragem.

Entrevistadora 02: *Dentro dessa nossa proposta de construir uma Educação Permanente voltada para a planificação, mas tendo como objeto de estudo no caso o conselheiro, a atuação do conselheiro, quais seriam as temáticas que vocês entendem que poderiam ou demandam necessidade de Educação Permanente de dentro do tema planificação da APS?*

Entrevistadora 01: *Vou só contextualizar essa questão, é por que a qualificação ela vem com materiais de oficina, ela vem com material que é disponibilizado para aquelas pessoas que vão participar da oficina e nesse material a gente identificou também só não a falta do conselheiro presente nesse espaço, mas que não há nada nesse material de planificação que traga a questão do controle social.*

B: Poxa vida! Como é que vocês circulam no território? Se você citou a UPA, se você citou as unidades básicas de saúde, a prefeitura, o cemitério, menos onde está o controle social...

Entrevistadora 01: *Não, não é essa a questão, eu fiz um levantamento agora e não vem essa questão do controle social, mas no material que incita a discussão, naquele justamente que mobiliza as pessoas a discutir não foi identificado.*

A: Não vem a participação do controle social é isso?

Entrevistadora 01: *Não é que não tenha a previsão, por exemplo; que nem eu, tem uma das oficinas que ela é de acesso e acolhimento, e dali eu trabalho na política de saúde indígena e ali nos identificamos que ali naquela oficina de acesso e acolhimento não tinha nada voltado as populações específicas, então um dos nossos maiores problemas é o acesso e acolhimento e vem um material para uma oficina de planificação que não consta nada sobre populações*

específicas. Senso assim o que fizemos dentro do departamento, a gente propôs a APS e nós adaptássemos o material e trouxesse elementos dessas populações e então excitasse essa discussão no momento ali. Trabalhando com a percepção do controle social nessa mesma perspectiva, identificamos que também não consta nessa temática, a gente tentar dentro das oficinas que temos, adaptar esse material também para trazer pontos que durante a discussão levante essa questão do controle social, quais seriam os temas que vocês acham que seriam mais interessantes para excitar essa discussão nesse material da planificação? Que aí veem no controle social em duas possibilidades de participação tanto para ele naquele momento se fazendo ativa, em ser visto pelo grupo e também pelo controle social ser pautado quanto instrumento mobilizador da discussão. Acho que daí tem duas oportunidades.

A: É que tem que ver se essa pessoa que vai estar lá, se ela está preparada né, se ela já tem ... Por que.

B: Não o material que eles vão preparar é que tem que dar conta disso.

A: ... Não eu sei, mas a própria pessoa que vai, tem que ver se ela está preparada para já atuar, se não este material teria que ter justamente aquela parte anterior que seria ela entender qual é o papel dela, por que a primeira coisa que ela que está no controle social tem que conhecer é o seu papel no controle social e depois conhecer o que ele vai avaliar, então se ele não está preparado ele não vai saber o que fazer.

B: Mas mesmo eu não estando preparada, por exemplo, eu não tenho preparação nenhuma nem conheço o controle social, se alguém me perguntar assim: Sabes se no seu município os documentos que são planejados e o dinheiro que entra no município para a área de saúde, saberia se tem que passar por mais uma instancia que não seja simplesmente a sua Secretaria de Saúde?

Entrevistadora 01: *É uma boa pergunta, saberias quem são os conselheiros de saúde?*

A: Sabe que existe uma coisa chamada conselheiros? (risos)

B: Primeiro você tem que saber que existe, que aquela instancia tem que existir e se tu sabe que ela existe, você sabe o que compõe essa instancia do seu município, e quem te representa lá dentro? Por que se tu não faz parte, alguém te representa, tem usuários do SUS, que entidades de usuários estão lá dentro do Conselho? Ou seja; sabes que tem voz lá dentro? Mesmo não sendo conselheiro? Que em qualquer plenária que aconteça desse Conselho, você pode ir lá e pedir a palavra? Sobre qualquer tema que vem sendo discutido, desde que tenha perguntas a fazer? Ou contribuições a fazer sobre esse tema. Isso nós perguntávamos lá no nosso questionário, a questão que havia divulgação nas plenárias no Conselho, de que forma eles divulgavam estas reuniões do Conselho? Porque o Conselho existe, mas eles não têm espaço de divulgação ou às vezes por falta de interesse ou por falta de condições, por que por muitas vezes os Conselhos parecem ter medo de pedir, de pedir não de exigir que os Gestores deem condições de fazer. Então eles deveriam de vez enquanto pelo menos, né, colocar nos principais lugares, principalmente nos postos de saúde um cartaz dizendo: "Conselho Municipal de Saúde é uma instância ... Você sabia que disso? Você sabia daquilo? O o Conselho se reúne todas as quartas-feiras uma vez por mês as 19h00 da noite, venham, participem!"

Tem dinheiro para isso? Não tem dinheiro para uma pilha de coisas. Alguém teve a ideia de fazer? Também não, então, sabe, as vezes a pessoa tem ideia, mas ela acha que o Gestor e esse tipo de coisa ele não vai pagar, então não faz nada, a tem que ter um projetinho, há não sei fazer um projetinho, como é que você faz? Não faz e acaba não saindo. E as vezes são dez, por que uma cidade desse tamanho, tem dez lugares para colocar um cartãozinho desse, faz no computador que o Ministério da Saúde entregou para cada Conselho Municipal, só que as vezes o próprio trabalhador conhece né que existe o controle social e ele deveria saber que o próprio trabalho que ele está realizando, teria de estar sendo apoiado, avaliado, então na realidade é um desconhecimento geral.

A: Por isso que eu digo, os temas a serem colocados vai depender de quem é que vai estar participando, se essas pessoas precisam saber primeiro que existe o controle social e como ele deveria estar constituído, como é que ele deveria funcionar e qual é a sua contribuição ou já partir para outro patamar entendendo que isso aí já é desconhecimento geral e o que seria importante estar ali que o controle social se apropriasse.

Entrevistadora 01: *Mas aí eu acho que é aí que a gente entra num, quando falamos da planificação a gente parte de um princípio de que a gente está começando, daí começamos de uma análise situacional.*

A: que não tem nada?! É vai ter que ser justamente disso.

Entrevistadora 01: *Exatamente! A oficina mãe ela vem no sentido, ela vem assim: Como é que esta isso aqui? Como é que esta essa região? O que nós temos? Né e aí vai assim, traz os dados, traz informação, traz todo esse dado. Aí vem essa minha pergunta assim: É estratégico também nisso tudo, que o controle social venha nessa perspectiva que a Ana traz?*

A: Acho que sim, acho que sim, e aí temos que lembrar que também existe a Lei dos Conselheiros municipais e Conselheiros locais de saúde e ou até distritais, em algumas cidades isso não existem pois são muito pequenas, Conselhos locais é uma coisa que está bem está crescendo bastante, tem várias cidades que são até pequenas e a gente sabe que estão conseguindo se organizar, e aí fica até uma coisa mais próxima tanto dos usuários quanto dos trabalhadores.

B: Por exemplo; aquele município, tem não tem, só tem Conselho Municipal, pois todos têm Conselho Municipal.

A: No papel. (risos)

B: Sim, e aí eles tem no papel, tem uma Lei, tem tudo lá eles se expressão como? Onde tu encontra informação sobre o que é o Conselho Municipal nos diferentes municípios para aquele território para qual você está trabalhando?

Quantos deles fizeram Conferências Municipais? Alguém que está lá sentado, participando da Conferência Municipal do seu município? **R:** Não nem sabia que estava acontecendo. É mais difícil ainda né? Responsabilidades dos Conselhos Municipais junto com o Gestor é realizar as Conferências. Há então 420 foram realizadas, 397 foram validadas e alguns ficaram sem fazer. Então nesse território que você está trabalhando a planificação vai ser pro Estado todo no futuro?

R: Sim. Se mostrar, porque na verdade a planificação é o que está escrito nesse papelzinho aqui

quando diz assim: uma parte da planificação é isso aqui, mapa da saúde, o que que diz aqui no mapa da saúde? É a descrição geográfica, da distribuição de recursos humanos e ações e serviços de saúde, ofertadas pelo SUS e pela iniciativa privada que deve ser utilizada na identificação da necessidade de saúde para orientar planejamento integrado entre os Municípios, Estados, Distrito Federal e a União, isso aqui é de 2012, mas temos outros um pouquinho antes disso. Com isso aqui vocês têm todas as perguntas que devem fazer lá na sua oficina, por que tens a respostas (risos).

Não precisa preparar muito as pessoas, para saber o que elas entendem e onde está o controle social dentro daquele território? Né você está trabalhando em seu território com sei lá 50 municípios? Por que eles estão fazendo micro e depois eles somam tudo, não sei quantos municípios são. Bom o seu território é onde está localizado o seu controle social da área da saúde, ou seja; nos seus cinquenta municípios tem, mas qual a visibilidade eles têm do seu território? Primeiro qual visibilidade que eles têm dentro do território deles? Sendo que o território deles é só o município, então todos eles têm visibilidade? E como é que eles estão articulados dentro dessa região? Existe alguma articulação entre esses Conselhos Municipais? Por que em algumas regiões tem Conselho se articulando, naquela ali tem alguma articulação? Mas as pessoas têm que entender primeiro o que é o controle social e depois tentar saber quem é que os representam dentro do controle social.

Entrevistadora 01: *O que a gente veio avaliando nesse processo todo, e acho que a fala de vocês foi de muito com isso, que a nossa proposta nesse trabalho, vai ser a adaptação de um desses materiais e vai muito nessa perspectiva que vocês colocam, vocês fizeram dois questionários que vocês colocaram, não sei se vocês podem disponibilizar isso para nós?*

A: Sim.

Entrevistadora 01: *Mas acho que ele traz vários desses elementos que a gente pode tentar agregar, nessa tentativa de inserir está discussão do controle social, claro, assim eu gostaria de deixar bem claro, que não é fácil adaptar esse material muito por que ele vem no modelo do CONASS, que são basicamente 12 oficinas ao todo, a equipe avaliou que era um processo muito intenso e muito pesado a realidade que a gente ia aplicar, foram reduzidas a 06 oficinas, são questões muito pontuais que citam a discussão, um exemplo daí que a gente levou a questão das populações específicas, uma parte, um parágrafo que tinha um caso, a gente colocou um caso assim: “ Quando uma usuária lésbica, trans, chega na unidade, o porteiro deixa ela entrar na unidade? Quando ela entra como é que ela é atendida? E quando um indígena chega na unidade ele senta ali na entrada SF, alguém vai ali procurar saber o que ele está procurando ali? Por que se um índio Guarani sentar ali, ele vai ficar ali o dia inteiro, se ninguém for falar com ele, ninguém vai ...”*

Isso coisa de um parágrafo, uma linha é para incitar a discussão da temática, então é justamente essa tentativa no meio do material que a gente vai tentar fazer o mesmo processo, com a questão do controle social, seria nessa perspectiva para vocês entenderem um pouco.

A: Há então é o básico mesmo. Vem dessa linha do que que é? Do que se sabe? O que que é?

B: É até porque as pessoas, por exemplo; não sabem né, que elas têm um Conselho Municipal

dento do seu Município, e elas poderiam fazer denúncias junto ao Conselho Municipal, aí o que elas fazem, elas mandam as denúncias lá de Cacimbinhas, para o portal do Conselho Estadual de Saúde, e o que a gente faz? A gente pega a denúncia manda de volta para o Conselho Municipal de Saúde, para eles verificarem se aquela denúncia procede, por que muitas vezes, o que pode acontecer? Há é uma briga de vizinhos e situações e etc. E aí a denúncia pode né ter sido uma coisa que meio que não era tão importante, então a gente precisa de alguém no local, nós não vamos sair daqui de Porto Alegre pegar um carro, ir lá com a comissão de fiscalização para verificar se é de verdade. Claro que em casos maiores e situações com hospitais, com crimes, a gente pega 03 conselheiros vamos até o local, verificar, perguntar, falar com o usuário. Mas a gente recebe muita denúncia que a gente simplesmente passa para o Conselho Municipal fazer a averiguação local. E aí ...

A: Muitas vezes não obtivemos retorno. Por que tem muito Conselho Municipal que são cartoriais, só se reúne no dia que o Gestor precisa aprovar alguma coisa para receber recurso.

B: E isso precisa ser mudado também!

A: E termos denúncias pior ainda, de Conselho que se quer se reúne, que o Gestor faz uma ATA e vai atrás dos Conselheiros em suas casas para assinar a ATA para aprovar as coisas, tem isso aí também, podem aparecer no meio da coisa assim, que ninguém vai saber do Conselho, ninguém vai saber mesmo.

Entrevistadora 02: Já estamos com 1h15.

B: De qualquer maneira vocês tem o SIAFS, que é o Sistema de Informação e cadastro lá.

ANEXO B – Projeto de intervenção

Introdução

O fortalecimento da APS foi considerado como prioridade por gestores estaduais de saúde e nesse sentido o estado do RS iniciou no ano de 2015 o processo de qualificação da APS com base no processo metodológico do CONASS.

Diante disso, a compreensão atual das questões que envolvem as mudanças no modelo de atenção à saúde para as condições crônicas, necessitam dialogar com o usuário do SUS e encontram na gestão na participação social e controle social os fóruns de socialização, pois o aprofundamento da democracia no Brasil tem exigido dos órgãos e entidades públicas a adoção de modelos de gestão que ampliem a sua capacidade de atender, com mais eficácia e efetividade, as novas e crescentes demandas da sociedade brasileira.¹

A partir do entendimento de que os processos de qualificação na saúde devem-se problematizar na realidade vivida pelos atores sociais, nas necessidades de saúde dos indivíduos, da gestão e do controle social e ter como objetivo a transformação das práticas identificamos como importante envolver o controle social no processo de planificação da APS.

Este trabalho foi desenvolvido por profissionais da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul composto por cinco profissionais do direito, que atuam no apoio jurídico tanto no nível central quanto nas instâncias descentralizadas dessa secretaria; duas profissionais de saúde: uma sanitarista, que se dedica às ações e políticas de saúde, e uma enfermeira auditora, que atua na Auditoria em Saúde da SES e uma bióloga vinculada a Fiocruz.

1.2 – O ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

O RS, em 2013, possuía uma população de 11.164.043, em 497 municípios, apresentado 2,75% da população em situação de extrema pobreza e com 29,80% da população com acesso aos planos de saúde.²

O Estado do RS apresenta divisão em 30 Regiões de Saúde, delimitadas conforme suas características e peculiaridades como identidade cultural, econômica e social, formando agrupamentos de municípios limítrofes, a fim de integrar a organização, planejamento e execução de ações. Essa divisão encontra-se em conformidade com o Decreto n. 7.508/2011, que regulamenta a Lei n. 8.080/1990, que nos dedicaremos a explicar no decorrer deste trabalho.

A configuração das Regiões de Saúde considera, ainda, a população residente e a pirâmide etária de cada uma delas, para a criação de um processo de gestão coletiva, bem como o planejamento regional. Além da divisão por regiões de saúde, a estrutura administrativa da SES/RS também é composta por 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) que tem entre as suas funções a de organizar o sistema de saúde locorregional, apoiando com mais proximidade os seus territórios de abrangência. As CRS são responsáveis pelo planejamento, acompanhamento e pelo gerenciamento de ações e de serviços de saúde mediante a cooperação técnica e operacional realizada com os gestores municipais e prestadores de serviços.

No que se refere às informações sociodemográficas, dados dos censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 1991, 2000 e 2010 demonstram taxas de analfabetismo, desemprego e percentual da população com renda inferior a dois salários mínimos menores no RS, quando comparado ao Brasil.

Em relação aos aspectos epidemiológicos o estado apresenta uma situação influenciada por diversos fatores demográficos, econômicos e socioculturais. O RS vem passando por um rápido processo de transição epidemiológica, que acompanha a realidade brasileira,³ caracterizado por uma redução da mortalidade por doenças infecciosas e um aumento na expectativa de vida, juntamente com a emergência de problemas crônicos e das causas externas de mortalidade, como violência, acidentes e suicídios.

No que diz respeito às causas de mortalidade no estado, em 2013 as doenças do

aparelho circulatório estavam em primeiro lugar, seguidas pelas neoplasias, as doenças do aparelho respiratório em terceiro lugar e as causas externas no quarto lugar.⁴ Entre as doenças do aparelho circulatório, a principal causa é o infarto agudo do miocárdio que poderia ser evitável por meio da garantia do acesso aos serviços de saúde, acompanhamento na atenção primária com valorização das ações de promoção e educação em saúde.

Além disso, dados referentes à mortalidade neonatal, pós-neonatal, em menores de 1 ano, causas de sífilis congênita e AIDS, taxa de mortalidade materna, entre outros, se analisados junto aos dados de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários (PACS), e internações por condições sensíveis a APS explicitam a necessidade de planificação da APS no estado. Assim, falar sobre toda a problemática que envolve a APS abarca questões como a garantia do acesso a serviços, ações e insumos, acolhimento, organização dos serviços e das equipes e a própria trajetória do usuário na busca pelo cuidado.⁴

Todas as questões levantadas e dados epidemiológicos evidenciam as lacunas na APS e na RAS exigindo estratégias de enfrentamento da problemática em que a formação de um conjunto de atores sociais envolvidos, se apresenta como ferramenta essencial ao processo.

Porém, na lógica que foi pensada pelo CONASS,² no projeto já desenvolvido em outros estados do país e em curso no RS identificamos atores que não participam de forma ativa do processo de planificação da APS, mas que tem papel importante no rumo das políticas públicas de saúde: os conselheiros de saúde.

A qualidade da gestão do SUS tem relação direta com a participação dos usuários no processo de tomada de decisão sobre as políticas de saúde, de modo a estimular e apoiar a intervenção/proposição de espaços de discussão coletiva e intersetoriais, com a finalidade de potencializar a participação dos movimentos sociais na gestão do SUS.

Assim, além de todos os dados apresentados e considerando que entre as prioridades dos gestores estaduais e, ainda, seu papel como ordenadora do cuidado em saúde e na conformação das RAS, a proposta de trabalho aqui desenvolvida busca integrar os conselheiros de saúde de forma a contribuir com o processo de planejamento em saúde. Sobretudo, dar visibilidade ao papel importante que os conselheiros de saúde têm no SUS e sua capacidade de impulsionar e fortalecer as políticas públicas.

1.3 – A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA PARA A SOLUÇÃO DE PROBLEMAS NO CAMPO DA SAÚDE

A formação engloba aspectos de produção de subjetividades, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento SUS com potencial transformador das práticas profissionais e da organização do trabalho.⁵ A qualificação

de trabalhadores e alunos em temáticas como de redes de atenção à saúde e atenção básica, gestão e controle social, são aspectos que vem sendo valorizados. Nesse sentido, o ponto principal da proposta é fortalecer a APS. Desse modo, expõe-se proposta que entende o campo da educação permanente como produtor de uma aprendizagem significativa e que propõe a transformação das práticas profissionais baseada na reflexão crítica sobre práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. A educação permanente entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária.⁵

As práticas na educação e pesquisa em saúde têm-se preocupado em compartilhar o entendimento que é necessário o reconhecimento não só das tecnologias duras que compõem a produção de conhecimentos, mas, também, das tecnologias leves,² que envolvem o processo de trabalho, as novas relações de cuidado e invenções para a produção da integralidade da atenção. Desse modo, reconhecendo que os conselheiros de saúde são elos entre as instâncias de controle social e a sociedade as quais representam e os resultados das Conferências de Saúde que mostram que ainda não alcançamos graus mínimos de cidadania³ e levanta a necessidade de exercermos o princípio de gestão democrática definindo meios pelos quais a sociedade pode participar no processo de definição, construção e operacionalização das políticas públicas (4) o público estratégico são conselheiros de saúde.

Contudo, com vistas ao papel do Conselho Estadual de Saúde na dinâmica do Estado e ao início do processo de planificação pelas Regiões de Saúde 1 e 2, os conselheiros estaduais de saúde participarão diretamente das atividades propostas e nos fornecerão subsídios para a formulação de um processo de educação permanente para conselheiros de saúde a nível de estado.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Integrar os conselheiros de saúde ao processo de Planificação da Atenção Primária em Saúde no Estado do Rio Grande do Sul.

2.2 Objetivos Específicos

1. Conhecer as demandas e necessidades de educação permanente dos conselheiros estaduais;
2. Levantar informações sobre os cenários de práticas, mecanismos de participação social e os espaços de controle social no Estado do RS;
3. Realizar a adaptação das oficinas utilizadas na planificação da APS no estado do RS inserindo as temáticas de controle e participação social em saúde.

3. METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa trabalha com sujeitos e seu modo de atuação em

determinado contexto social.⁶ Há uma exploração das opiniões e das representações que são apresentadas nelas com intuito de apresentar uma amostra do ponto de vista do indivíduo e buscar a compreensão de mundo que se apresenta pelas suas práticas.⁷

A entrevista possibilita a construção de informações sobre aquilo que se pesquisa, são desenvolvidas com uma finalidade. Podem fornecer informações que estão disponíveis em outras fontes e não está restrita a pessoa do entrevistado, denominadas de secundárias. As informações que se constroem por meio do diálogo e tratam das reflexões do sujeito sobre suas vivências dentro de determinado contexto produzem informações primárias que são de grande importância na construção do estudo.⁶

Entre os tipos de entrevistas existentes optou-se por entrevistas semiestruturadas “que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender a indagação formulada”.⁶

As entrevistas foram realizadas, simultaneamente, com duas conselheiras estaduais de saúde e o instrumento norteador utilizado continha questões que versavam desde a atuação do conselheiro até o entendimento sobre o processo de planificação da APS e a atual conjuntura da saúde no Brasil.

Ambas as entrevistas foram realizadas com conselheiras que integram os espaços de controle social há mais dez anos e representaram, nesse período, diferentes segmentos. Apesar do convite para participação na entrevista ter sido feito a todos os conselheiros estaduais, as duas entrevistadas foram as únicas que se disponibilizaram a participar.

As entrevistas foram realizadas em local escolhido pelas entrevistadas, que tiveram a possibilidade de dialogar entre si, compartilhando experiências e realizando trocas durante a entrevista. Apesar de haver perguntas norteadoras formuladas anteriormente pelos pesquisadores, a entrevista se adaptou ao momento dialogado e foram feitos desdobramentos durante a entrevista com intuito de aprofundar ainda mais as questões levantadas pelas entrevistadas. A partir das opiniões e representações analisadas, pretende-se apresentar narrativas referentes ao ponto de vista dos indivíduos e do espaço de fala que assumem.

As entrevistadas assinaram termos de consentimento livre e esclarecido, que estão devidamente arquivados pelo grupo. Posteriormente, foi feita a transcrição das entrevistas e analisadas as unidades de significado das falas,⁸ com intuito de compreender o que há por trás dos conteúdos manifestos⁹ e suas relações com aquilo que foi definido como objeto de estudo e produção neste trabalho. Optou-se pela supressão dos nomes dos entrevistados, que foram substituídos por letras, considera-se que para as análises aqui propostas a relevância está no conteúdo (aquilo que foi apresentado durante as entrevistas) e local de fala dos entrevistados (fato de serem

conselheiros de saúde e atuarem no controle social).

É importante ressaltar que a proposta inicial era a realização de grupos focais com todos os conselheiros estaduais, no entanto, não recebemos retorno do conselho quanto a disponibilidade. Houve diferentes tentativas de acionar os conselheiros, mas nenhuma com êxito. Entre as alegações e retornos recebidos era a falta de disponibilidade dos conselheiros e o pouco tempo disponível durante as reuniões do plenário do CES o que impedia que a proposta fosse discutida nesse espaço.

As entrevistas foram a fonte principal de informação e produção para se chegar à compreensão da importância ou não da participação de conselheiros de saúde na planificação da APS, sobre a necessidade e importância do tema controle social ser abordado durante as oficinas de planificação e para evidenciar caminhos e possibilidades de atuação ativa do controle social na gestão do SUS no estado do RS. No entanto, deve-se considerar que num amplo universo de conselheiros de saúde, nas três esferas de gestão, as entrevistas apresentadas nos permitem interpretações específicas e que não devem ser generalizadas. Contudo, entende-se que o conteúdo analisado traz apontamentos e observações importantes sobre a temática e abre possibilidades para que a SES-RS realize discussões e estudos que aprofundem essas questões.

4. instituições provedoras das ações de educação permanente

Ao escolher como tema deste Projeto de Intervenção de educação permanente integrando o controle social, leva-se em consideração a pluralidade de pessoas que representam os segmentos que constituem os Conselhos de Saúde e as formações acadêmicas, ou sua ausência, respectivas, tendo por base a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS,¹ sendo esta definida como:

[...] os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, por meio de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas.

Dessa maneira, a título ilustrativo do processo poderíamos sugerir como instituição de ensino a Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS), pois, conforme exposto por Silva *et al.*:¹⁰

[...] as Escolas de Saúde Pública podem ser espaços formadores privilegiados. Para isso, precisam estar atentas ao processo político em que se inserem e tecer alianças e articulações políticas, formulando “proposições políticas, programas e projetos.

Assim, como bem define Sarreta,¹¹ “a Política de EPS aponta o fortalecimento da gestão participativa e da responsabilidade compartilhada, com dispositivos que ampliem

os espaços para o exercício do diálogo, integração, participação, troca de experiências e de conhecimentos e a busca de respostas e soluções coletivas para problemas que impedem a atenção integral e de qualidade”, razão pela qual “a educação permanente como estratégia tem sido amplamente utilizada nas assessorias, oficinas, cursos, entre outras modalidades de educação desenvolvidas na ESP/RS”.¹⁰

Importante destacar que a ESP/RS integra a estrutura Administrativa da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, como um dos seus órgãos de execução, cuja competência está definida no Decreto Estadual n. 44.050,¹² possui como valores: 1. Democratização do conhecimento e da participação; 2. Cooperação e integração; 3. Solidariedade; 4. Compromisso e ética; 5. Integração entre trabalho e educação; 6. Equidade; 7. Atuação Intersetorial; 8. Gestão compartilhada; 9. Respeito à diversidade; 10. Inovação contínua; sendo a Escola Estadual de Educação Profissional em Saúde do Rio Grande do Sul (ETSUS/RS) um dos seus Departamentos.¹³

Sendo assim, a visão da instituição está totalmente vinculada ao espírito da Educação Permanente em Saúde, fundamento principal para o desenvolvimento do presente projeto de intervenção, como consta na sua página eletrônica,¹⁴ pois vem a “ser um Centro de Educação e Pesquisa em Saúde, reconhecido por sua excelência na formação e educação permanente, em inovação, pesquisa e extensão e demais ações que contribuam para o aperfeiçoamento das práticas, a promoção da saúde da população e o fortalecimento do SUS”.

No entanto, apesar de apontarmos a ESP/RS como possível instituição de ensino a ser contratada para o processo de planificação, consideramos que o processo de planificação se encontra em curso no estado do RS e na tentativa de aproximar este trabalho do real e operacionalizável realizamos algumas explicações. Atualmente, a planificação da APS conta com apoio de especialistas e técnicos da própria da SES/RS, que tem mostrado acúmulo suficiente e necessário para o bom andamento do processo. Assim, observamos que na lógica real (real aqui considerado como o processo vem se operacionalizando no estado do RS) a contratação de instituição de ensino não se faz necessária, conforme será exposto no item 8, “Adequação Jurídica”.

Monitoramento e avaliação

Inicialmente é importante esclarecer que o Projeto de Intervenção tem a dinâmica de atuação junto às Oficinas da Planificação da Atenção Básica, instrumentalizada pela SES, com a colaboração do CONASS, logo serão necessários dois momentos de avaliação, um durante a realização das oficinas, avaliação denominada formativa, e, outro, no final, a fim de que se possa analisar o aproveitamento dos conselheiros do

projeto na sua integralidade, denominada somativa.

Assim, passamos a conceituar os dois tipos de avaliação eleitas:

a) Avaliação Formativa – “é aquela que observa cada momento vivido pelo aluno, seja na sala de aula ou fora dela. Ela fortalece a teoria de que o indivíduo humano aprende em cada instante de sua existência e, portanto, são nesses diversos momentos que ele terá que ser avaliado. Todas essas microavaliações se tornarão um todo por meio do somatório de suas partes”.¹⁵

Assim, para Perrenoud,¹⁶ a avaliação formativa deve levar:

O professor, ao observar mais metodicamente os alunos, a compreender melhor seus funcionamentos, de modo a ajustar de maneira mais sistemática e individualizada suas intervenções pedagógicas e as situações didáticas que propõe, tudo isso na expectativa de otimizar as aprendizagens: “A avaliação formativa está, portanto, centrada essencial, direta e imediatamente sobre a gestão das aprendizagens dos alunos (pelo professor e pelos interessados)”. Essa concepção se situa abertamente na perspectiva de uma regulação cuja intenção seria determinar ao mesmo tempo o caminho já percorrido por cada um e aquele que resta a percorrer com vistas a intervir para otimizar os processos de aprendizagem em curso.¹⁶

Com isso, a avaliação formativa permitirá que se detectem e se identifiquem deficiências na forma de condução dos trabalhos elaborados no Projeto de Intervenção, auxiliando na reformulação do seu trabalho didático, visando aperfeiçoá-lo. Para que seja realizada com eficiência, ela deve ser planejada em função de todos os objetivos, deste modo o instrutor continuará seu trabalho ou irá direcionar de modo que a maioria dos Conselheiros de Saúde alcancem plenamente todos os objetivos propostos.¹⁷

b) Avaliação Somativa – “Tipo de avaliação que ocorre ao final da instrução com a finalidade de verificar o que o aluno efetivamente aprendeu. Inclui conteúdos mais relevantes e os objetivos mais amplos do período de instrução; visa à atribuição de notas; fornece *feedback* ao aluno (informa-o quanto ao nível de aprendizagem alcançado), se este for o objetivo central da avaliação formativa; e presta-se à comparação de resultados obtidos com diferentes alunos, métodos e materiais de ensino”.¹⁰

Assim, para Kraemer,¹⁹ a avaliação somativa detecta o nível de rendimento realizando um balanço geral, o final de um período de aprendizagem, podendo classificar de acordo com o nível de aprendizagem.

5.2 AVALIAÇÃO – GRUPO DE TRABALHO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (GTMA)

Objetivo

O objetivo deste grupo é a criação de um canal permanente de discussão, avaliação e monitoramento das oficinas realizadas durante a planificação da APS, a fim de refletir sobre a metodologia, abordagem utilizada e temas debatidos, verificando seus impactos e as demandas dos trabalhadores e da população-alvo.

Ademais, considerando o projeto de intervenção proposto, no sentido de inserir o controle social na planificação da APS, é necessário avaliar, ao término de cada oficina, se o objetivo de agregar o Conselho de Saúde ao processo de planificação foi satisfatoriamente atingido. Em outras palavras, é necessário verificar se o controle social se sentiu inserido no processo e, também, se os profissionais participantes vislumbraram essa necessária e importante inclusão, que se dará por meio do grupo de trabalho (GT) de Monitoramento e Avaliação que será abaixo explicado.

Ainda, entende-se que a finalidade precípua do grupo é de embasar um processo permanente de avaliação e monitoramento para qualificação das oficinas e, de modo geral, garantir que a planificação seja eficaz na melhoria dos processos de trabalho da APS, e conseqüentemente, na oferta do serviço prestado à população.

Assim, o GT de Monitoramento e Avaliação, por meio de um processo integrativo e incentivador de práticas, técnicas e interlocução entre os membros, tem objetivos de longo prazo, entre os quais, a busca da institucionalização das rotinas de avaliação em todos os projetos em desenvolvimento, com coleta permanente de informações, constituição de banco de dados e possibilidade de reflexão sobre o alcance das ações desenvolvidas. De modo mais geral, o GT de Monitoramento e Avaliação busca instituir um processo de autorreflexão nos profissionais envolvidos (processo pedagógico) e possibilitar avaliação de duas vias, a partir de diferentes olhares, não sendo apenas o olhar do avaliador, mas também o de quem realizou o processo, fornecendo importantes subsídios para as oficinas subsequente. Nesse sentido, o que se propõe é que o processo seja permanentemente revisto e avaliado pelos atores envolvidos, na busca concreta do atingimento dos seus objetivos.

A dinâmica de funcionamento do GT pretende atrair, congregar e incorporar os distintos interesses dos sujeitos envolvidos na planificação da APS, a fim de tornar o monitoramento e a avaliação um campo de construção de conhecimentos e tecnologias, como um processo permanente de participação de instituições, pesquisadores, técnicos, gestores e controle social, abrangendo as instâncias acadêmicas e de serviços de saúde.

Portanto, acredita-se que a diversidade teórica e técnica seja capaz de fornecer contribuição significativa ao monitoramento e à avaliação da planificação, constituindo-se como campo permanentemente aberto, capaz de abrigar essa diversidade, preservando a sua capacidade de contribuir efetivamente para a melhoria dos níveis de

saúde na população e na qualidade da APS. Logo, todos os resultados das análises e estudos produzidos pelo GT Monitoramento e Avaliação serão compartilhados com a sociedade civil, por meio dos seus Conselhos de Saúde, bem como com os gestores envolvidos e as instituições de fomento à pesquisa e de financiamento de projetos de intervenção/prevenção.

Composição e operacionalização

Para possibilitar o alcance dos objetivos acima mencionados e operacionalizar o monitoramento e avaliação do processo de educação permanente proposto, no sentido de inserir o controle social na planificação da APS, é preciso fomentar a participação ampla e inclusiva de todos os atores envolvidos no processo.

Dessa forma, o monitoramento e a avaliação devem ocorrer de forma permanente e serão realizados por meio do GT Monitoramento e Avaliação composto por facilitadores e demais atores envolvidos no processo de planificação, sendo:

- 2 profissionais da Secretaria Estadual de Saúde;
- 2 membros do Conselho Estadual de Saúde;
- 1 representante de cada Conselho Municipal de Saúde dos municípios sede do processo de planificação.

Importante esclarecer que o citado Grupo de Trabalho de Monitoramento e Avaliação (GT Monitoramento e Avaliação) formar-se-á em cada Região de Saúde em que será implantada a Planificação da Atenção Primária em Saúde.

O GT Monitoramento e Avaliação, com o objetivo de possibilitar a reflexão acerca do processo de planificação, das metodologias aplicadas e formas de abordagens utilizadas, dos resultados das oficinas e dos trabalhos de dispersão desenvolvidos, bem como, dos reflexos observados no processo de trabalho dos profissionais de cada equipe de saúde da APS, será definido antes do início das oficinas de planificação e operacionalizado da seguinte forma:

- Em um primeiro momento, com a eleição do coordenador, vice-coordenador, relator, secretário executivo e demais membros, titulares e suplentes;
- Após a eleição, com a realização de reunião com o propósito exclusivo de elaborar suas regras internas de funcionamento e definir suas finalidades;
- Após as etapas acima mencionadas, com a publicação de Portaria do Secretário de Estado da Saúde instituindo o GT Monitoramento e Avaliação, designando seus membros e definindo suas finalidades;
- Preenchidas as formalidades, as reuniões ordinárias ocorreriam no período de no mínimo 30 dias após cada oficina de planificação e no máximo 10 dias antes da próxima oficina, e as extraordinárias por solicitação de no mínimo 1/3 de seus membros.

Dessa forma, o GT Monitoramento e Avaliação possibilitará a discussão permanente não apenas a respeito da inclusão do controle social no processo planificação da APS, objeto do projeto de intervenção, mas também a respeito de todo o processo de planificação, por meio de discussões e construções pontuais sobre as estratégias metodológicas aplicadas em cada oficina, buscando aperfeiçoar cada vez mais o processo de planificação que em breve se estenderá a todas as regiões de saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

5.3. AVALIAÇÃO

A pesquisa qualitativa trabalha com sujeitos e seu modo de atuação em determinado contexto social,²⁰ as opiniões e representações apresentadas são exploradas com intuito de apresentar uma amostra do ponto de vista do indivíduo.⁷ Assim, esse será o método utilizado no processo de avaliação tendo em vista a necessidade de escutar os atores tornando a avaliação mais dinâmica e construtiva.

O intuito do processo avaliativo estimulará a reflexão dos conselheiros de saúde sobre o projeto proposto e se utilizará da técnica de grupo focal. O grupo focal, por sua vez, constitui-se em um tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos, exigem planejamento detalhado, pois visam obter informações aprofundando a interação entre os participantes seja para alcançar consensos ou divergências e o moderador tem papel fundamental visto que deve conseguir a participação do ponto de vista de todos e de cada um.²¹

São usadas para: (a) focalizar a pesquisa e formular questões mais precisas; (b) complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação a crenças, atitudes e percepções; (c) desenvolver hipóteses para estudos complementares; (d) ou cada vez mais, como técnica exclusiva.²¹

O grupo focal reúne “um conjunto de pessoas selecionadas a convite de avaliadores de um processo de trabalho ou pesquisadores que se reúnem, em um determinado local e hora prevista para discutir e comentar um tema, a partir de experiência pessoal”.²² Tem por finalidade explorar as experiências, de forma compartilhada, com objetivos definidos; nos permite a presunção de que o grupo focal irá fornecer informações múltiplas e maximiza a exploração de diferenças. Mas há de se confrontar com a possibilidade de hierarquia no grupo de formas a afetar as informações geradas. Igualmente seria ingênuo, supor que os componentes do grupo, irão ser naturais em suas colocações. O trabalho grupal pode estimular aqueles que desconfiam do entrevistador, mas também pode desafiar o contraditório, entre aqueles que declaram acreditar e se comportam de acordo com sua história de vida.

O grupo focal ressalta valores (SUB) culturais ou normas do grupo. Ao analisar a operação do humor, do consenso, dissenso e ao examinar diferentes tipos de narrativas

empregadas pelo grupo. É útil em diversas situações de pesquisas interculturais e no trabalho com minorias étnicas, particularmente em populações que fazem usos de diferentes tipos de serviços de saúde.

Pope e Nicolas²² explicam que o GT deveria ser utilizado para estimular as pessoas a se engajarem umas com as outras, formular suas ideias e expressar os modos como pensam a respeito dos assuntos que não tenham sido previamente articulados. Há de se ter o cuidado que pode criar dificuldades de comunicação se cada pessoa reunida possuir uma incapacidade diferente. Mas esta questão pode ser resolvida no planejamento cuidadoso sobre a composição do grupo, formulação de questões, pesquisadores presentes, tempo disponível para o grupo, número de participantes, tipo de questão formulada, acolhimento das pessoas, ambientação confortável, presença de gravação (solicitar autorização por escrito para gravar), transcrição e análise de conteúdo. É interessante realizar um breve questionário com questões fechadas para definição do perfil do grupo.

Metodologia

O planejamento e montagem dos grupos focais serão trabalhosos, já que para garantir dois fatores básicos são importantes tempo disponibilizado e recursos materiais e humanos. O recrutamento dos participantes incluirá os facilitadores das oficinas e serão organizados em seis momentos de grupos focais, que ocorrerão após cada oficina da Planificação da Atenção Básica assim dispostas:

Oficina 1: Redes de Atenção à Saúde	(data a ser definida);
Oficina 2: Atenção Primária à Saúde	(data a ser definida);
Oficina 3: Territorialização em Saúde e Vigilância em Saúde	(data a ser definida);
Oficina 4: Organização dos Processos de Trabalho em Saúde; e, A Organização da Atenção à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde	(data a ser definida);
Oficina 5: Sistemas de Informação e Análise de Situação de Saúde; e, Os Sistemas de Apoio Diagnóstico, Logístico e de Monitoramento	(data a ser definida);
Oficina 6: A Organização da Assistência Farmacêutica + A Contratualização das Equipes de APS	(data a ser definida).

As questões norteadoras para a realização dos Grupos Focais objetivam verificar se a linguagem está compatível, quanto a clareza, acessibilidade e adequação

aos participantes. Foram eleitas as seguintes reflexões:

- a. Quais as temáticas que apresentam demandas e necessidades de educação permanente, sob a ótica da atuação dos Conselhos Estaduais e Municipais, considerando a situação de saúde na localidade e diante da Planificação da Atenção Básica em implantação?
- b. Como os mecanismos de participação social e os espaços de controle social podem atuar frente a crescente contenção de despesas em saúde e a planificação da APS?
- c. De que forma os Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde podem intervir para identificar as informações sobre os cenários de práticas, mecanismos de participação social e os espaços de controle social no Estado do RS.

Recursos

Recursos Humanos

Para a execução do projeto será necessária a presença das seguintes pessoas para integrar o GTMA (Grupo de Trabalho e Monitoramento e Avaliação):

- 2 profissionais da Secretaria Estadual de Saúde, oriundos da CRS;
- 2 membros do Conselho Estadual de Saúde;
- 1 representante de cada Conselho Municipal de Saúde dos municípios sede do processo de planificação.

Recursos Materiais

A título de recursos materiais entende-se necessário orçar valores de diárias dos integrantes do CES e material de consumo.

Diárias

No que tange a diárias, os representantes do Conselho Estadual de Saúde (CES) deverão deslocar-se de Porto Alegre até os municípios sede que aderiram à Planificação da APS no Estado, em um total de seis Oficinas previstas, acima descritas.

Assim, considerando que cada oficina tem a duração de quatro dias, necessário que seja orçado o valor de quatro diárias para cada representante do CES, totalizando oito diárias por oficina.

Diante da possibilidade de o GTMA reunir-se em caráter extraordinário mediante

solicitação de no mínimo 1/3 de seus membros, visando à discussão, análise e deliberação de assuntos de interesse da participação do controle social na Planificação da APS, considera-se dentro de critérios de razoabilidade e economicidade a realização de duas reuniões extraordinárias.

Para tanto, sugere-se o orçamento de uma diária para cada integrante do CES, apenas se a referida atividade não se realizar em Porto Alegre, sede do Conselho Estadual de Saúde.

O valor da diária do Executivo estadual para os Conselheiros Estaduais de Saúde é de R\$ 122,99, fixado pela Lei Estadual n. 14.018, de 25 de junho de 2012, valor que deverá ser utilizado como referência para os custos orçados.

Materiais de consumo

As apostilas de trabalho disponibilizadas aos participantes das Oficinas de Planificação possuem em média 120 páginas, em formato A4, onde deverão constar todos os textos, atividades e informações acerca da dispersão dos grupos de trabalho.

Para a confecção de cópias dessas apostilas aos integrantes do GTMA será necessária a contratação direta da Companhia Rio-Grandense de Artes Gráficas (CORAG), conforme será exposto no item 7 abaixo, cujo custo orçado é de R\$ 4.103,89.

Para a realização dos apontamentos elegeu-se a aquisição de uma quantidade de caneta esferográfica azul, a R\$ 0,80 cada, com base em recente pregão eletrônico.

RECURSOS MATERIAIS			
Item	Quantidade	Valor Unitário	Subtotal (R\$)
Contratação CORAG	600	6,84	4.104,00
Caneta esferográfica azul	35	0,80	28,00
Diárias para oficinas	56	122,99	6.887,44
Diárias para reuniões extraordinárias – sujeitas a deliberação	4	122,99	491,98
Total Geral			11.511,42

Com essa adição, o total geral dos recursos aplicados na participação do GTMA ficaria em R\$ 11.511,42.

Cronograma físico-financeiro

Este cronograma leva em consideração a quantidade de oficinas a serem

realizadas durante o período da Planificação da APS em todas as oficinas da Planificação estadual em sua etapa a se realizar em outras regiões de saúde do estado do RS.

Assim, apresenta-se um cronograma físico-financeiro considerando a participação total:

CRONOGRAMA FÍSICO-FINANCEIRO – PARTICIPAÇÃO EM TODAS OFICINAS								
ITEM	Oficina 1	Oficina 2	Oficina 3	Oficina 4	Oficina 5	Oficina 6	Reunião Extra. 1	Reunião Extra. 2
Recursos Materiais	1.438,92	1.438,92	1.438,92	1.438,92	1.438,92	1.438,92	1.438,92	1.438,92
Total	1.438,92	1.438,92	1.438,92	1.438,92	1.438,92	1.438,92	1.438,92	1.438,92

Planejamento orçamentário

Dotação Orçamentária

A unidade gestora o Fundo Estadual de Saúde (FES/RS), instituída pela Lei n. 6.575, de 5 de julho de 1973, que foi revogada pela Lei Estadual n. 14.368, de 25 de novembro de 2013, regulamentado pelo Decreto n. 51.054 de 19 de dezembro de 2013, cujo objetivo é atender as despesas com ações e serviços públicos de saúde, realizadas pelo Estado, conforme estabelece o §único do art. 2º da Lei Complementar n. 141/2012, os recursos financeiros da SES/RS serão movimentados pelos fundos financeiros respectivos.

Na Administração da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul²³ entende-se por unidade gestora o órgão, sendo este representado pelos códigos:

20.01 – Tesouro do Estado e 20.95 – União e Recursos Federais

O programa a ser utilizado é o Projeto de Intervenção que visa introduzir os Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde no Programa de Planificação da Atenção Básica no Estado do Rio Grande do Sul, razão pela qual está denominado de Participação e Controle Social na Planificação da Atenção Básica.

Com isso, no Estado do Rio Grande do Sul,²³ o programa está denominado de projeto que são as rubricas que personalizam a despesa, no caso de educação permanente em saúde para os Conselheiros de Saúde Estadual e Municipais o código orçamentário é:

2509 – CES

Com isso, a Ação consistirá na realização de oficinas direcionadas aos Conselheiros de Saúde das Regiões de Saúde em que serão realizadas as Oficinas da

Planificação da Atenção Básica da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Tal ação é identificada pelo Fundo Estadual de Saúde²³ como subprojeto, cuja função é individualizar o recurso, sendo que para o Conselho Estadual de Saúde estão identificados pelos códigos 00001, para manutenção e divulgação das atividades do CES e 00002 para equipamentos do CES.

Assim, no caso do presente Projeto de Intervenção o código orçamentário que mais se adequa é:

00001– Manutenção e Divulgação das Atividades do CES.

O Plano de Trabalho visa que em cada região de saúde a ser implantada a Planificação da Atenção Básica sejam realizadas seis oficinas para os Conselheiros de Saúde Estadual e Municipais.

O Plano de Trabalho Resumido consiste em:

Objetivos

Objetivo geral

Construir projeto de educação permanente sobre APS e RAS para integrar os conselheiros de saúde ao processo de Planificação da APS no Estado do Rio Grande do Sul.

Objetivos Específicos

1. Conhecer as demandas e necessidades de educação permanente dos conselheiros de saúde;
2. Levantar informações sobre os cenários de práticas, mecanismos de participação social e os espaços de controle social no Estado do RS;
3. Conhecer as estratégias e propostas de educação permanente desenvolvidas pelo Conselho Estadual de Saúde do RS;

A fonte de recurso, ou seja, a origem dos valores a serem despendidos se do Tesouro Estadual, que possui o código 09, denominado Tesouro – vinculado à Constituição, tendo como identificação o recurso 0006 ou da União, representada pelo código 20, denominada transferências obrigatórias, tendo como identificação o recurso 1890.²³

Com isso, conforme exposto no capítulo VI deste trabalho de conclusão, a SES/RS tem utilizado o recurso federal advindo da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, logo o código a ser utilizado é:

Recurso: 1890

Fonte do Recurso: 20

Assim, os elementos de despesa estão disciplinados em Decreto Estadual²⁴ os quais possuem os seguintes códigos: 14 – Diárias (dentro do RS é acrescido o final 02

e fora do RS é acrescido o final 07); 30 – manutenção ou material de consumo; 39 – Custeio ou serviços de terceiros; e 52 – equipamentos, sendo que os mesmos são atualizados por Circular da Contadoria e Auditoria-Geral do Estado.²⁵

Importante explicar que o código identificado como manutenção estão compreendidas as despesas com material de consumo, quais sejam: toner, papel, lápis, caneta, borrachas e outros materiais de consumo, bem como, o código referente a custeio são os gastos com serviços de terceiros, tanto contratos de prestação de serviços como contratos de fornecimento

Dessa maneira, para a realização das atividades discriminadas no subitem 7.3,²³ serão utilizados os seguintes códigos:

Diárias – 1402

Manutenção ou material de consumo – 30

Publicação de Edital de Cotação Pública – 39.3933

Serviços Gráficos em Geral – 39.3934

Diante disso, para a realização do projeto de intervenção deste Grupo serão utilizadas as seguintes dotações orçamentárias,²³ conforme a legislação vigente no Rio Grande do Sul:

Reserva de Dotação Manutenção ou material de consumo	Reserva de Dotação Diárias
UO – 20.95	UO – 20.95
Programa / Projeto – 6273	Programa / Projeto – 6273
Recurso – 1890	Recurso – 1890
Elemento – 3.3.90.30	Elemento – 3.3.90.1402
Valor – R\$	Valor – R\$
Ação / Subprojeto – 00001	Ação / Subprojeto – 00001
SRO –	SRO –
Reserva de Dotação Publicação de Edital de Cotação de Preços	Reserva de Dotação Serviços Gráficos em Geral
UO – 20.95	UO – 20.95
Programa / Projeto – 6273	Programa / Projeto – 6273
Recurso – 1890	Recurso – 1890
Elemento – 3.3.90.39.3933	Elemento – 3.3.90.39.3934
Valor – R\$	Valor – R\$
Ação / Subprojeto – 00001	Ação / Subprojeto – 00001
SRO –	SRO –

Cronograma de Execução

O Projeto de Intervenção planejado tem por objetivo a inserção dos Conselheiros de saúde nas Oficinas da Planificação da Atenção Primária em Saúde que tem por base o material formulado pelo CONASS, o qual foi adaptado para ser utilizado nas citadas Oficinas realizadas pela SES/RS.

Salienta-se que a programação e o seu desenvolvimento visam à formação de facilitadores entre os membros dos Conselhos de Saúde Estadual e Municipais, como forma de propiciar uma análise reflexiva sobre os textos em que serão discutidos casos vivenciados pelos Conselheiros de Saúde quando da realização da sua atividade fiscalizatória e não o modelo escolar clássico.

Diante disso, elaborou-se o seguinte cronograma de execução a ser desenvolvido durante o ano de 2017, incluindo a oficina denominada “mãe”:

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO													
Item	Atividade	Mês											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Elaboração das Apostilas e da Programação das Oficinas												
2	Divulgação das Oficinas												
3	Inscrição dos Conselheiros de Saúde Estadual e Municipais				X								
4	Período de Realização das Oficinas												
5	Relatório final												

Orçamento

Para a realização do Projeto de Intervenção serão necessários os seguintes recursos:

A) Relativamente a materiais e infraestrutura: Inicialmente é importante destacar que para impressão do material necessário para a realização das oficinas do Projeto de Intervenção será utilizada, se compatível com o preço de mercado, a Companhia de Artes Gráficas do Rio Grande do Sul (CORAG), conforme será explanado no item 6, a

seguir, denominado “Adequação Jurídica” por meio de contrato a ser formalizado com a Secretaria Estadual de Saúde, uma vez que esta se obriga a fornecer o apoio administrativo, operacional, econômico-financeiro, recursos humanos e material, necessários ao pleno e regular funcionamento do Conselho Estadual de Saúde.²⁶

De igual sorte será o aluguel da sala para a realização das oficinas, pois buscar-se-ão as estruturas administrativas municipais ou comunitárias para a sua realização sem qualquer custo.

Importante referir, também, que nesta modalidade de oficina não há docentes, tão somente facilitadores que serão pessoas relacionadas aos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde, os quais não receberão qualquer remuneração ou honorário para sua atuação durante a sua realização.

a) Material de Consumo:

ORÇAMENTO			CUSTO	
Item	Especificação	Quantidade	Unitário em R\$	Total em R\$
1	Caneta esferográfica 1.0 mm cristal, cor azul	35	0,80	28,00
Total Geral		28,00		

b) Contratação de Gráfica – CORAG

ORÇAMENTO			CUSTO	
Item	Especificação	Quantidade	Unitário em R\$	Total em R\$
01	Apostilas com uma capa simples e miolo com 120 páginas	600	6,84	4.104,00
Total Geral		4.104,00		

B) Relativamente a diárias: As diárias serão conferidas aos Conselheiros Estaduais de Saúde e, também, para os servidores da Secretaria Estadual de Saúde que participarem das oficinas na qualidade de observadores(as), participantes, relatores(as) e facilitadores(as), as quais terão por base os valores fixados para os Servidores do Estado Rio Grande do Sul.²⁶

Destaca-se que o valor estabelecido para as diárias, segundo o Estatuto dos

Servidores Públicos Civil do Estado do Rio Grande do Sul,²⁷ cobre as despesas com alimentação e pouso. Sendo garantido o valor com o transporte dos mesmos, o que normalmente se realiza com os veículos da própria Secretaria Estadual da Saúde.

ORÇAMENTO			CUSTO	
Item	Especificação	Quantidade	Unitário em R\$	Total em R\$
	Diárias para oficinas	56	122,99	6.887,44
	Diárias para reuniões extraordinárias – sujeitas a deliberação	04	122,99	491,98
Total		7.379,42		

Adequação jurídica

No capítulo 2 apontamos a Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS) como instituição de ensino a ser contratada para o processo de planificação e realizamos as análises solicitadas no capítulo em questão. No entanto, considerando que o processo de planificação se encontra em curso no estado do RS e na tentativa de aproximar este trabalho do real e operacionalizável realizamos algumas adequações que serão explicadas aqui.

Atualmente, a planificação da APS, em curso no estado, conta com apoio de especialistas e técnicos da própria Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), que têm mostrado acúmulo suficiente e necessário para o bom andamento do processo. Assim, observamos que na lógica real (real aqui considerado como o processo vem se operacionalizando no estado do RS) a contratação de instituição de ensino não se faz necessária. No entanto, durante o processo piloto de planificação identificou-se dificuldade na confecção dos materiais utilizados durante as oficinas, os quais são apostilas contendo materiais referentes ao tema trabalhado e que tem sido confeccionada nas impressoras dos próprios setores da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul que, inclusive, não tem capacidade para a impressão em grande escala como é o caso.

Desse modo, observada essa dificuldade de impressão dos materiais optamos nesse capítulo por apresentar a contratualização de uma gráfica para a confecção do citado material, a fim de proporcionar mais qualidade ao mesmo.

Assim, no Estado do Rio Grande do Sul há a Companhia Rio-Grandense de Artes

Gráficas (CORAG), que foi constituída por Lei Estadual n. 6.573, de 11 de setembro de 1973,²⁸ como uma sociedade de economia mista e capital autorizado, vinculada à Secretaria de Recursos Humanos, podendo-se realizar a sua contratualização direta, pois, conforme estabelece a Lei de Licitações,²⁹ é dispensável a licitação para a impressão de edições técnicas oficiais por órgãos ou entidades que integrem a Administração Pública, criados para esse fim específico.

Dessa maneira, precederá a contratualização citada um processo de cotação de preços, conforme estabelece o Decreto Estadual n. 48.091, de 9 de junho de 2011,³⁰ a fim de justificar o preço, a qual processar-se-á com a remessa de correspondências para gráficas privadas e para a própria CORAG e, demonstrado que o valor da estatal é menor ou igual ao praticado no mercado privado, a esta caberá a prerrogativa de executar o serviço pretendido.

Com isso, estarão satisfeitas as condições estabelecidas nos incisos II e III, do parágrafo único, do art. 26, da Lei n. 8.666/1993, quais sejam: razão da escolha do prestador de serviços e justificativa do preço.

Dessa maneira, segue no Anexo a minuta de contrato a ser utilizado com a CORAG, conforme modelo padrão da instituição.