



INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
Curso de Bacharelado em Políticas Públicas

PEDRO HENRIQUE AYETE SILVEIRA

CONSTRUINDO O CONTROLE SOCIAL

Projeto de intervenção para constituição de um conselho de saúde.

Porto Alegre, 2015.

PEDRO HENRIQUE AYETE SILVEIRA

CONSTRUINDO O CONTROLE SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso
submetido como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em
Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Andréa Fachel Leal

Porto Alegre, 2015.

Resumo:

O presente trabalho analisa o processo malogrado de constituição de um Conselho Local de Saúde (CLS) em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre (RS) no ano de 2014. O processo envolveu atividades desempenhadas diretamente pelo autor no ambiente dos Conselhos Locais de Saúde da Zona Norte do município e do Conselho Municipal de Saúde (CMS), bem como atividades de capacitação para a constituição de um Conselho. O processo para constituição do CLS não resultou em sua criação, contudo as ações de imersão nos espaços de participação democrática no período são descritas e avaliadas neste Trabalho. Busca-se compreender como a o CMS funciona e quais os desafios que estão presentes na implementação de uma política de participação. O produto deste trabalho é uma série de análises do papel do autor, do CMS e das dificuldades que esta instituição encontra no exercício de suas funções, principalmente pela sua abrangência e pela falta de recursos para executar todas suas atividades.

Descritores: Conselhos de Saúde; Participação da Comunidade; Políticas de Controle Social; Políticas Públicas de Saúde; Implementação de Políticas Públicas.

LISTA DE ANEXOS

1. Pesquisa realizada durante o estágio no CMS 02/2013.
2. Digitalização do termo de compromisso entre o CMS e o aluno.
3. Composição do Plenário do CMS/POA.
4. Projeto de Formação de Educadores para o Controle Social.
5. Projeto de Multiplicação “Reanimando a Participação popular na Vila São Borja”.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Estrutura do Conselho Municipal de Saúde	5
Figura 2 Mapa de Porto Alegre dividido em regiões do orçamento participativo. Região Eixo-Baltazar em destaque.	12
Figura 3 Fluxo das informações passadas aos Conselhos Locais de Saúde.	26
Figura 4 Fluxo das demandas encaminhadas dos Conselhos Locais de Saúde	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CDS - Conselho Distrital de Saúde

CLS - Conselho Local de Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

IMESF - Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família

OP – Orçamento Participativo

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

RI – Regimento Interno

UBS – Unidade Básica de Saúde

US – Unidade de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. CONTEXTUALIZAÇÃO	2
CONSELHOS.....	3
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE	4
CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE.....	7
CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE	8
REGIMENTO INTERNO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE.....	9
3. JUSTIFICATIVA.....	11
4. PERCURSO METODOLOGICO	15
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
IMPLEMENTAÇÃO.....	20
IMPLEMENTAÇÃO E CONSELHOS DE SAÚDE	22
6. OBJETIVOS.....	24
OBJETIVO GERAL.....	24
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
7. A PESQUISA EXPLORATÓRIA.....	25
COORDENAÇÃO DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE EIXO-BALTAZAR ..	27
CONSELHO LOCAL DE SAÚDE COSTA E SILVA	28
CONSELHO LOCAL DE SAÚDE SANTA FÉ	29
CONSELHO LOCAL DE SAÚDE RUBEM BERTA - MUDANÇA DE PERSPECTIVA.....	30

PLENÁRIO DISTRITAL	33
AS DIFICULDADES DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROJETO.....	34
O PROJETO DE MULTIPLICAÇÃO E O RESULTADO DO CURSO	40
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
10. ANEXOS	55
1- Pesquisa realizada durante o estágio no CMS 02/2013.....	55
2- Digitalização do termo de compromisso entre o CMS e o aluno.....	56
3 – Composição do Plenário do CMS/POA	57
4- Projeto de Formação de Educadores para o Controle Social	58
5- Projeto de Multiplicação “Reanimando a Participação popular na Vila São Borja”	61

1. INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Políticas Públicas é uma análise do processo de Implementação da Política de Participação Social nos Conselhos de Saúde da Região Norte Eixo Baltazar de Porto Alegre. Inicialmente, a análise seria realizada através da intervenção para a constituição de um Conselho Local de Saúde. Ao longo do trabalho, busco elucidar as motivações para sua realização, a metodologia que norteou meu estudo, além de descrever os por quês de não ter contribuído na constituição do CLS e ter optado por outra perspectiva de análise. O trabalho foi concebido a partir do estágio curricular obrigatório que realizei no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, no segundo semestre de 2013. Assim como o estágio, as atividades de campo deste trabalho tiveram o acompanhamento da Secretária Executiva Joana Olívia Fernandes (CMS/Porto Alegre) e a orientação da professora Andréa Fachel Leal (UFRGS).

Inicio apresentando o Conselho Municipal de Porto Alegre e sua maneira de atuação. Para isso, utilizei como referência o site e as publicações institucionais do Conselho, como também as instruções que tive durante o período em campo. Faço também uma breve lembrança do histórico de democratização do sistema de saúde que resultaram na criação dos Conselhos.

Como o projeto inicial era auxiliar na constituição de um Conselho Local de Saúde, procuro esclarecer as razões que levaram sua idealização, os procedimentos metodológicos que pretendia utilizar; explico como os concebi e no decorrer do trabalho apresento os motivos que me levaram à não realização.

Apesar de não ter realizado o que havia planejado, i.e., auxiliar na constituição de um Conselho Local de Saúde, examinei minha participação junto ao Conselho Distrital de Saúde Eixo Baltazar e do Conselho Municipal de Saúde, através do meu diário de campo, de maneira a construir uma análise sobre o processo de implementação da política de participação, revisando os caminhos percorridos enquanto estive em campo. Ao todo, foram quase cinco meses nos quais circulei nos espaços destas duas instituições, participando em reuniões de Plenário, reuniões do Núcleo de Coordenação e de um Curso de Capacitação para Conselheiros de Saúde. As experiências vivenciadas, com o devido olhar crítico embasado na literatura sobre implementação e participação social, compõem este TCC.

Nos capítulos seguintes, ilustro as ações que realizei no período que estive em campo. Empenho-me em apresentar os lugares que frequentei e a maneira como interagi com os atores, assim como relato todas as consequências de minha presença, que se tornou cada vez mais interpelativa. É possível dividir a narração da minha atuação em duas fases: a primeira em que estava envolvido na pesquisa exploratória e outras atividades e a segunda em que participava do Curso de Formação da Comissão de Educação Permanente do Conselho Municipal de Saúde. No capítulo final, apresento uma reflexão acerca de todas as situações que presenciei, mesmo sem ter executado o plano inicial de auxiliar no processo constituição de um Conselho Local de Saúde. Com o objetivo reformulado de estudar o Conselho Municipal de Saúde a partir de uma perspectiva interna, e o processo de implementação de políticas públicas, aponto questões que observei e que já haviam sido descritas pela literatura, assim como destaco situações que, em minha opinião, necessitam alguma retificação.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

Os movimentos sociais se mobilizaram com sucesso para assegurar que a Constituição Federal de 1988 garantisse a criação de mecanismos de participação direta em diversas áreas de políticas públicas. Este é um dos motivos pelo qual a Constituição de 1988 ficou conhecida como a Constituição Cidadã (Cicconello, 2012 apud Brasil 2013).

Dentre as mobilizações na luta pela redemocratização do país, o movimento sanitário foi um dos protagonistas. O movimento se destacou não só na luta pelos direitos políticos, como foi também um grande questionador do modelo democrático que estávamos construindo:

A ideia de conselhos gestores se originou com o movimento de Saúde, um dos poucos movimentos populares que continuou avançando durante os anos 80. Ana Maria Doimo (1995) atribui esse avanço ao fato de que, além da sua oposição ao regime militar, esse movimento tinha um programa concreto para novas instituições democráticas. (Abers & Keck, 2008: pg.102)

Os sanitários aprofundaram o debate sobre o sistema de saúde que deveria ser implementado; militaram fortemente a favor de uma saúde pública com foco na prevenção, que fosse descentralizada e universal. A concepção deste modelo de saúde foi o resultado da união de dois movimentos que eram defendidos por grupos diferentes: as organizações populares, que reivindicavam serviços de saúde em bairros pobres urbanos, e os profissionais

de saúde pública, comprometidos com um sistema mais justo e democrático (Arouca, 2003 *apud* Abers & Keck, 2008). Foi principalmente a convergência destes dois movimentos que, na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), permitiu o estabelecimento dos conceitos de equidade, universalização do sistema de saúde e integralidade da atenção como princípios da Reforma Sanitária (Soares e Motta, 1997 *apud* Santos, Vargas, Lucas 2011).

No capítulo da seguridade social da Constituição de 1988, onde é tratada a saúde, fica evidente a influência da VIII CNS. O texto final da VIII CNS orientava a participação da população na formulação, no planejamento, na execução e na avaliação das políticas públicas e ações da saúde. Uma das recomendações para se atingir esta participação era a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde, a formação de Conselhos em nível local, regional, municipal e estadual compostos de diversos segmentos. Por tudo que ela significou, por sua incidência sobre a Constituição e por assegurar a participação na gestão da saúde, a VIII CNS é considerada a divisora de águas na história das políticas públicas de saúde no Brasil (Lucas e Campomizzi, 1998 *apud* Santos, Vargas, Lucas 2011).

CONSELHOS

O resultado desta mobilização foi a criação dos Conselhos de Saúde. Os Conselhos são constituídos de maneira diversificada, buscando ter uma composição mais próxima das expectativas e interesses dos setores por eles representados. A composição de tais Conselhos ocorre de forma paritária, com membros oriundos de três categorias: usuários, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde. As três categorias participam com direito a voz e voto.

A proposta foi revolucionária, pois não são apenas órgãos fiscalizadores, como normalmente são as instituições de participação, mas também têm o caráter propositivo: cabe aos Conselhos deliberar sobre as políticas a serem adotadas.

Como canais institucionalizados de participação, os Conselhos marcam uma reconfiguração das relações entre Estado e Sociedade e instituem uma nova modalidade de controle público sobre a ação governamental e, idealmente, de co-responsabilização sobre o desenho, monitoramento e avaliação de políticas. Podem, dessa forma, serem considerados como instrumentos de *accountability societal*. (Carneiro y Costa, 2001 *apud* Brasil 2013: pg. 23).

Entretanto, como Demo (2001) lembra, a participação é um processo de conquista, pois nunca está completo ou acabado. Apesar dos avanços dos anos 1980, ainda existe muito a ser debatido, pois a garantia legal da participação dos cidadãos na gestão das ações e serviços de saúde por si só não garante o desempenho dos Conselhos de Saúde. Segundo Giacomoni (1995 *apud* Santos, Vargas, Lucas 2011), é necessário desenvolver a cultura do exercício da democracia e a vontade política da comunidade de participar. A existência de serviços de saúde sem Conselhos constituídos reforça a ideia de que a participação social é um processo em construção.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS) – cumprindo as diretrizes da Resolução nº 333/03 do Conselho Nacional de Saúde – é a instância deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação do Sistema Único de Saúde em Porto Alegre, com composição, organização e competências fixadas pela Lei Federal nº 8.142/90 e pela Lei Complementar nº 277/92 do município (Porto Alegre 1992)¹.

O objetivo principal do CMS é a melhoria da saúde da população, agindo na formulação de estratégias, na fiscalização, no controle e na avaliação da execução de políticas de saúde. Acredita-se que quanto mais envolvimento houver da sociedade na construção e fiscalização do Sistema Único de Saúde e nas políticas de saúde, mais chance haverá do bom funcionamento do Sistema e do êxito destas políticas. A premissa é de que todos os sujeitos envolvidos no SUS tenham papel na sua Implementação: profissionais de saúde, prestadores de serviços de saúde, gestores de saúde e, principalmente, usuários dos serviços de saúde – que estão na ponta do sistema e que acompanham o cotidiano da implementação e execução da política pública (Kujawa, Both, Brutscher 2003).

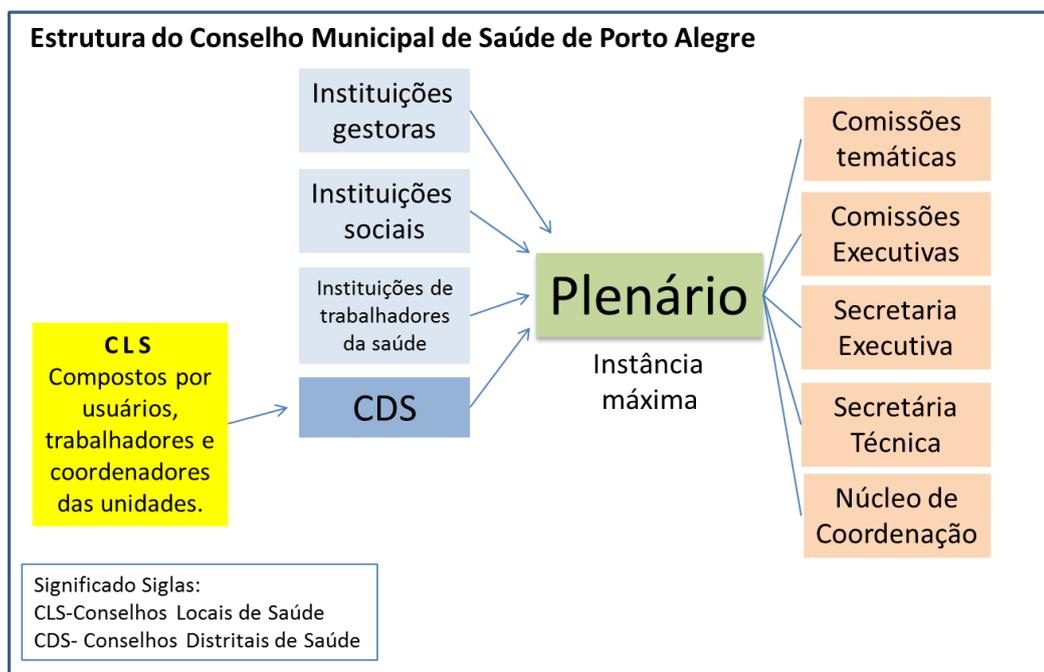
No Regimento Interno do CMS, Artigo 2º, estão previstas vinte e uma competências ao Conselho, entre elas: propor e aprovar diretrizes do Plano Plurianual, do Plano Municipal de Saúde e do Orçamento Municipal no que concerne ao setor saúde. Também compete ao CMS formular, controlar, avaliar, fiscalizar e definir prioridades nas políticas de saúde

¹ O CMS tem sua sede localizada na Av. João Pessoa, 325, térreo, Cidade Baixa, em Porto Alegre. O seu sítio na Internet é <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/>.

municipais, acompanhar e fiscalizar a assinatura de contratos e a utilização dos recursos financeiros pelos órgãos que prestam serviços de saúde. É competência do CMS ainda articular e apoiar, sistematicamente, os Conselhos Distritais e Locais de Saúde, incluindo o apoio na elaboração de seus Regimentos Internos. O CMS deve se articular com outros Conselhos setoriais, visando a cooperação mútua e o estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do sistema de participação e controle social.

O CMS é composto por oito instâncias principais: Plenário, Núcleo de Coordenação, Comissões Temáticas, Comissões Executivas, Secretaria Técnica, Secretaria Executiva, Conselhos Distritais de Saúde e Conselhos Locais de Saúde (Figura 1). O Plenário é a instância máxima de deliberação do CMS e é formado por representantes do Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários (estes representando os Conselhos Distritais e Organizações da Sociedade Civil) (Porto Alegre 2008). Uma tabela com a composição do Plenário do CMS pode ser consultada no Anexo.

Figura 1 Estrutura do Conselho Municipal de Saúde



Fonte - Elaboração do autor.

As reuniões do Plenário ocorrem ordinariamente duas vezes por mês e nelas são debatidos os orçamentos da Secretaria Municipal de Saúde – SMS; são feitas denúncias

referentes ao sistema público de saúde; e também é deliberada, analisada e apreciada toda e qualquer matéria pertinente à saúde municipal.

O Núcleo de Coordenação é o grupo responsável por administrar as atividades do CMS e por organizar as reuniões do Plenário. Ele é integrado por oito membros que são eleitos para mandatos de dois anos. Este núcleo é composto paritariamente: quatro membros são usuários e quatro são os promotores de saúde (dois representando os trabalhadores, um representando os prestadores de serviço e um representando o gestor/governo).

As Comissões Temáticas são grupos formados pelos conselheiros, que se reúnem exclusivamente para debater temas de saúde que precisam ser mais aprofundados. Atualmente, existem as seguintes de Comissões Temáticas no CMS: DST/AIDS, Saúde da População Negra, Saúde da Mulher, Saúde das Pessoas com Deficiência, Saúde Mental e Saúde do Trabalhador. Participam destas comissões preferencialmente os conselheiros que tenham envolvimento com o tema e entidades representantes dos grupos abordados pelas comissões.

As Comissões Executivas têm objetivo institucional de reflexão interna, elaborando estudos e estratégias para fortalecer a ação do próprio CMS. As Comissões Executivas são as comissões de Fiscalização, de Comunicação/Internet e de Educação Permanente. Assim como as Comissões Temáticas, são compostas de maneira voluntária por conselheiros que tenham familiaridade com o tema. Tanto as Comissões Temáticas quanto as Executivas podem ser criadas ou extintas pelo Plenário em qualquer momento.

A Secretaria Técnica é formada por conselheiros para fazer estudos e pareceres, atuando especificamente na avaliação e investigação de dados e informações pertinentes aos temas e assuntos de documentações técnicas, relatórios e de todas as propostas de ações em saúde que chegam ao CMS. Os resultados deste trabalho são transcritos em pareceres técnicos, que são encaminhados ao Núcleo de Coordenação e ao Plenário (Porto Alegre 2014).

A Secretaria Executiva está subordinada ao Núcleo de Coordenação. Sua função é coordenar e executar as deliberações do Núcleo de Coordenação e do Plenário. Também é responsável pelas funções administrativas e por zelar pelo patrimônio do CMS (Porto Alegre 2014). Esta Secretaria é composta por servidores técnicos da prefeitura e estagiários, que

também prestam assessoria aos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e aos Conselhos Distritais de Saúde (CDS), em cumprimento das diretrizes do CMS. A Secretaria executa esta última tarefa de diversas maneiras: disponibilizando materiais sobre controle social; executando palestras informativas; educando os trabalhadores de saúde nos conceitos de participação; mobilizando eleições de Conselho; e, quando necessário, executando todo processo de criação dos CLS ou CDS. Dentro da Secretaria Executiva, a assessora técnica Joana Olivia Fernandes exerce a função de Secretária Executiva do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Por ser uma cidade de grande porte, o CMS de Porto Alegre atua, preferencialmente, em questões de maior amplitude, que interfiram na saúde de todo município. Entretanto, para que o controle social tenha abrangência sobre a situação da saúde em todos os serviços prestados, em todas as dimensões e graus de atendimento, existem os Conselhos Distritais de Saúde e Conselhos Locais de Saúde.

CONSELHOS DISTRITAIS DE SAÚDE

Porto Alegre possui 17 Distritos Sanitários (DS), que formam as Gerências Distritais (GD): Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul. As Gerências Distritais estão distribuídas em oito regiões de saúde: Centro, Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, Leste/Nordeste, Glória/Cruzeiro/Cristal, Norte/Eixo Baltazar, Sul/Centro-Sul, Partenon/Lomba do Pinheiro, Restinga/Extremo-Sul. Atualmente, existem 13 Conselhos Distritais de Saúde (CDS), representando treze Distritos Sanitários. Cada CDS tem por objetivo fiscalizar, avaliar, controlar e propor questões relativas à saúde de toda área geográfica correspondente ao seu distrito. São compostos por um Plenário e um Núcleo de Coordenação.

O Plenário do CDS é constituído por conselheiros, trabalhadores dos postos de saúde e usuários, sempre na mesma proporção de vagas, representando os Conselhos Locais (quando não existir um CLS formado, o coordenador do serviço de saúde é obrigado a frequentar os Plenários do CDS para que todos locais sejam representados) e a gerência administrativa do Distrito. A coordenação é eleita pelo Plenário a cada dois anos e tem função similar à da coordenação do Conselho Municipal: administrar as atividades, encaminhar as demandas e organizar os Plenários distritais.

Todos os CDS elegem três conselheiros, dois para representar os usuários e um, os trabalhadores, para comporem o Plenário do CMS. É muito importante que a comunicação entre estes eleitos e o Plenário Distrital seja constante, para que o fluxo de informações município-distrito-unidade de saúde circule. É através destes agentes que o CMS forma a rede para divulgar suas principais atividades e mobilizações a todas as regiões da cidade.

CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

Os Conselhos Locais de Saúde (CLS) são a primeira instância de participação da comunidade, exercendo atuação descentralizada e regionalizada dos Conselhos Distritais de Saúde e do CMS (Porto Alegre 2008). Sua atuação é sempre com um olhar direcionado para cada unidade de saúde, trabalhando na busca de um serviço de saúde melhor na realidade local.

O CLS também é composto por um Plenário e um Núcleo de Coordenação, entretanto, a grande diferença é que as reuniões do Plenário são abertas a todos os usuários e moradores da área de abrangência da Unidade de Saúde e todos têm direito a voz e a voto, usuários e trabalhadores, diferentemente do CDS e do CMS (onde os participantes são representantes eleitos). O Núcleo de Coordenação do CLS é composto sempre por um número proporcional de usuários e trabalhadores. O Núcleo deve ter no mínimo quatro representantes: o Coordenador do posto de saúde, um representante dos trabalhadores eleito e dois usuários eleitos. Caso seja necessário, podem ser eleitos mais Coordenadores, desde que se mantenha a proporção de 50% trabalhadores e 50% usuários. A eleição do Núcleo de Coordenação ocorre de dois em dois anos (PORTO ALEGRE, 2013). A função do Núcleo é administrar as reuniões do Plenário, divulgar a pauta das reuniões e encaminhar as demandas.

Mesmo que estejam previstos em lei, não são todos os serviços de saúde de Porto Alegre que possuem CLS constituído. Não se sabe exatamente quais as unidades possuem Conselho porque alguns já foram constituídos e desconstituídos mais de uma vez. Também se desconhece em quais há realmente a presença dos usuários. O CMS não possui recursos humanos nem tecnologia de informação para saber quais CLS estão constituídos e se as suas reuniões plenárias estão sendo frequentadas pelos usuários. O CMS conta apenas com o relato dos coordenadores das Unidades ou das Gerências Distritais, pois não existe um sistema para

realizar este controle e não há equipe grande o suficiente para frequentar todos os encontros dos CLS do município.

Atualmente, a Secretaria Executiva do CMS presta assessoria nos casos identificados como necessitando de auxílio – seja pelo CDS, ou pela por solicitação da própria Unidade. No caso de coordenadores de Unidades ou de Gerências que não informam a Secretaria, por desinteresse ou talvez por ignorarem que poderia haver tal assessoria, não há ação ou resposta por parte do CMS.

REGIMENTO INTERNO DOS CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE

São considerados constituídos aqueles Conselhos Locais onde haja Regimento Interno (RI) aprovado. Sem o RI, o Conselho não tem respaldo legal para suas decisões. O RI funciona como uma constituição: estabelece regras de funcionamento, competências aos seus membros e determina o funcionamento do Conselho.

Originalmente, cada CLS criava o seu Regimento Interno. Depois de mais de dois anos em avaliação, através do parecer nº 03/14 elaborado pela Assessoria Técnica do CMS, foi estabelecido um Regimento Interno Padrão para todos os CLS de Porto Alegre. O objetivo da padronização foi evitar que fossem criados Regimentos que garantissem poderes ou estabelecessem competências que não estivessem previstas em lei ou que viessem a se sobrepor a ou conflitar com o RI do CMS. Anteriormente, cada CLS criava critérios diferentes para a escolha de representantes para o CDS: a padronização instituiu critério igual para todos.

Apesar de padrão, existem artigos deste regimento que são adaptáveis à realidade de cada Unidade de Saúde. A padronização, de certa forma, democratiza a instituição, possibilitando àqueles locais onde a população e/ou os trabalhadores não tenham conhecimento suficiente da legislação possam confeccionar um documento oficial.

Assim que aprovado pelo Plenário Local, todos os RI devem ser encaminhados aos Plenários do CDS e do CMS para que sejam aprovados. Desta maneira, o CMS possui em ata a data de aprovação de todos os RI dos CLS do município. Como o RI padrão estava em fase de divulgação durante a execução deste trabalho, existiam CLS nos quais estavam vigentes RI antigos, não padronizados, ou que estavam em fase de apreciação e aprovação do novo.

O CMS poderia ter com precisão o número de CLS ativos contabilizando os RI que lhes foram enviados para análise. Entretanto, um CLS ativo, com o RI aprovado em ata no Plenário Municipal, pode ser desconstituído de um mês para o outro. Alguns motivos geradores desta situação são: desavenças entre os Conselheiros, falta de quórum, transferência dos trabalhadores, perda do local de reunião etc.; nestas situações, o recomendado seria que o Coordenador da Unidade informasse o CMS, com o intuito de solicitar assessoramento para mobilização, visando a (re)constituição do CLS. Entretanto, não é sempre que esta comunicação é feita, causando diferença entre o número de CLS que estão de fato ativos e o número de CSL contabilizados pelo CMS.

3. JUSTIFICATIVA

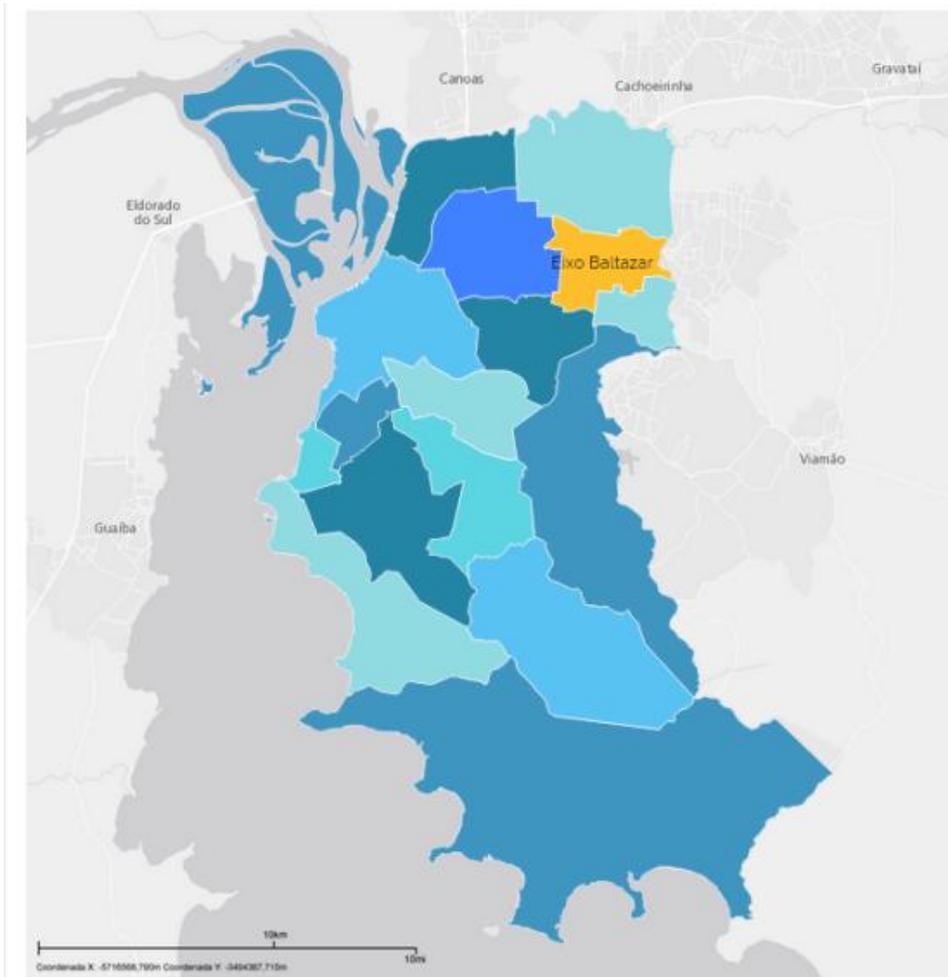
Em conjunto com outros dois alunos do Bacharelado em Políticas Públicas desta Universidade, tive a oportunidade de realizar o estágio curricular obrigatório no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre no segundo semestre de 2013. Naquela ocasião, estagiamos na Secretaria Executiva do CMS, supervisionados pela Secretária Executiva, Joana Olivia Fernandes. Ela presta assessoria a todos os Conselhos de Saúde do município de Porto Alegre em todos os níveis. Como não são todas as unidades que possuem CLS constituído e existem algumas onde o CLS foi dissolvido, ela também realiza nas Unidades o procedimento de constituição de CLS.

A princípio, a Secretária Joana solicitou que nosso estágio fosse realizar atividades junto às unidades de saúde visando a constituição de CLS. Para compreendermos como deveria ser desempenhada esta função, a acompanhamos em reuniões de Unidades da Região Norte onde ela iria realizar o procedimento.

Durante o estágio, em 2013, pudemos observar que o processo de construção de Conselhos Locais realizado pela Secretária Executiva começava com a conscientização da equipe de trabalhadores da unidade. Segundo a Secretária Joana, é preciso que eles estejam cientes da importância do controle social e da presença dos usuários nas tomadas de decisões. Além disso, os trabalhadores são mais acessíveis; na medida em que eles já estariam reunidos durante o horário de funcionamento da Unidade; para que este trabalho de conscientização fosse iniciado com os usuários, seria necessária uma convocação prévia.

Ao fazer o acompanhamento da Secretária Executiva Joana, ficou patente que nós alunos estagiários, não estávamos aptos para administrar os procedimentos de constituição de CLS sozinhos e que não haveria tempo para que passássemos por uma capacitação mais profunda. Nos faltavam tanto o conhecimento sobre a legislação quanto a legitimidade perante os profissionais de saúde (éramos “apenas” estagiários). Avaliamos nossas limitações e discutimos nossa capacitação para tanto, tendo então ficado decidido que a atividade que realizaríamos seria outra: aplicaríamos um questionário sobre a qualidade dos serviços de saúde em um dos Distritos Sanitários do município, o Distrito Sanitário Eixo-Baltazar.

Figura 2 Mapa de Porto Alegre dividido em regiões do orçamento participativo. Região Eixo-Baltazar em destaque.



Fonte: Observatório da Cidade de Porto Alegre – ObservaPOA. Disponível em: http://mapas.procempa.com.br/porto_alegre_em_mapas/index.html. Acessado em: dezembro de 2014.

O questionário que utilizaríamos havia sido criado pela gerência de outro Distrito como ferramenta de gestão. Foi-nos solicitado que o reformulássemos, principalmente para que fossem acrescentadas questões relativas à situação dos CLS. O objetivo da pesquisa seria criar um banco de dados para alimentar o novo site que estava sendo criado pelo CMS. O site possuiria informações atualizadas sobre os CLS, pautas e regimentos digitalizados e atas das eleições do Núcleo de Coordenação.

Depois de reformulado o questionário, realizamos a pesquisa. A aplicação do questionário foi feita através de entrevistas com os Coordenadores dos serviços de saúde, abordando diversas questões sobre infraestrutura, equipe, equipamentos de informática e sobre o CLS. Especificamente em relação ao CLS, perguntávamos o número de participantes

nas reuniões do Plenário, o nome e contato dos membros do Núcleo de Coordenação, horário das reuniões do Plenário, etc. (questionário aplicado pelos alunos no ANEXO1).

Duas vezes por semana nos reuníamos na sede do CMS, de onde éramos conduzidos para a região Eixo Baltazar por um motorista da prefeitura. Uma vez lá, encontrávamos com membros dos CDS que, a pedido da Secretária Joana, atuavam como mediadores, nos apresentando aos Coordenadores dos serviços e solicitando nossa entrada para a aplicação do questionário.

Acabada a pesquisa, em uma reunião com nossa orientadora, detectamos falhas na aplicação dos questionários e, portanto, não conseguimos montar um banco de dados útil para o site do CMS. A pesquisa precisaria ser reformulada. Poderíamos ter evitado este problema caso tivéssemos solicitado orientação na elaboração da pesquisa, mas na ocasião optamos por fazer alterações por conta própria. Como não haviam técnicos do Conselho com disponibilidade para refazer a pesquisa e a nossa carga horária já havia terminado, a pesquisa não teve continuidade. Efetivamente o novo site está agora em funcionamento, no endereço <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/>, todavia, não constam informações coletadas na pesquisa sobre os CLS.

Apesar de não atingirmos nosso objetivo, conseguimos dados relevantes: das doze unidades visitadas na Eixo-Baltazar, três não tinham CLS constituído e, em outras quatro, as reuniões do Plenário não atingiam o quórum mínimo estabelecido pelo RI (é necessária a presença de, no mínimo, dois usuários, que compõem o Núcleo de Coordenação do CLS). Estas informações são relevantes para que a Secretaria Executiva saiba quais locais necessitam assessoria e assim possa se programar para realiza-las, ou ainda, solicitar que o CDS o faça.

Com base na experiência que tivemos neste estágio, no semestre seguinte, por sugestão da orientadora, surgiu a ideia de assessorar na constituição de Conselhos Locais de Saúde; tal assessoria resultaria no Trabalho de Conclusão de Curso. Como existia demanda por parte do CMS para esta atividade e o curso de Políticas Públicas tem caráter aplicado, este TCC teria um perfil interventivo: o assessoramento no processo de Implementação e Constituição de um CLS.

Como a demanda pela intervenção dos estudantes de Políticas Públicas para a constituição de CLS já havia sido expressa no início do estágio, ao apresentar o projeto ao corpo técnico do CMS, este foi bem recebido e aceito. Para o processo de Constituição, foi programado um período de capacitação em forma de pesquisa exploratória e a região escolhida para a intervenção seria o Distrito Sanitário Eixo-Baltazar, por haver familiaridade com alguns membros do Núcleo de Coordenação do CDS e os Coordenadores das Unidades. Outro fator para a escolha desta região foi a existência de um diagnóstico de quais unidades não possuíam CLS, o que facilitaria a escolha do local para a intervenção.

Contudo, a mesma não foi realizada, o que será esclarecido em seguida. A decisão de não auxiliar, liderando ou fomentando um processo de constituição de um CLS foi feita no decorrer da execução do presente trabalho de conclusão de curso. Em função de já haver participado de atividades na região e junto ao CMS, busquei extrair destas experiências um estudo, este passou a ser uma análise do período que frequentei a instituição.

Este trabalho de conclusão de Curso não é mais a ilustração da constituição de um CLS; entretanto é um estudo analítico, na medida em que retrata a realidade e os percalços da implementação da política de participação social na gestão da saúde de Porto Alegre através da intervenção por mim realizada.

4. PERCURSO METODOLOGICO

Como o objeto e os objetivos mudaram durante a execução do estudo, a metodologia de análise também mudou. Para melhor elucidar como cheguei a este presente trabalho, descreverei o percurso desenvolvido.

Para a execução da intervenção, primeiramente, por indicação da orientadora, foi solicitada autorização à Secretaria Executiva do CMS. Como o processo de constituição de um Conselho envolve contato com trabalhadores e usuários do SUS, era muito importante a formalização dos procedimentos. Ademais, qualquer processo de intervenção, em sua concepção, propõe mudança. Logo, um documento oficializando o projeto respaldaria e legitimaria as minhas ações e atividades, além de assegurar que, do ponto de vista ético, estaríamos tomando todas as precauções possíveis para que não houvesse qualquer prejuízo às pessoas contatadas ao longo do processo de elaboração deste Trabalho. O documento, que esta disponível no Anexo 2, foi criado utilizando como referência o contrato de estágio curricular obrigatório utilizado pela UFRGS.

Apesar de estar familiarizado com o procedimento de constituição de CLS, por ter acompanhado a Secretária Joana em três ocasiões durante o estágio obrigatório, até o início desde trabalho não havia tido a oportunidade de participar de qualquer Conselho após a constituição deste. Na teoria, tinha conhecimento de como as reuniões de Plenário deveriam ser realizadas, mas nunca havia presenciado a deliberação de demandas nem a atuação do Núcleo de Coordenação. Todos Plenários que havia frequentado ainda estavam em formação. Deste modo, foi programado um período de pesquisa exploratória antes da intervenção: visitas a alguns CLS em atividade durante um mês. A observação nestas visitas serviria como parâmetro: como deve ser uma reunião de Plenário, como atua o Núcleo de Coordenação, como são encaminhadas as demandas, etc. Através da pesquisa exploratória, registrada em um diário de campo, iria conhecer empiricamente os procedimentos que são realizados nestas instituições.

Depois da pesquisa exploratória, com a supervisão de um membro do Núcleo de Coordenador do CDS Eixo-Baltazar e da Secretária Joana, estaria apto a realizar a intervenção em uma Unidade de Saúde da Família da Região e ajudaria na constituição de um CLS desta

Unidade. Este TCC seria a descrição das atividades de constituição de um CLS e a análise do processo de Implementação. Todavia, o projeto não seguiu conforme o planejado.

Antes da justificativa dos motivos que interromperam a intervenção, descreverei a metodologia de constituição de CLS que pretendia utilizar e havia projetado no TCC parte 1. Acredito na importância de explicar todas as etapas que compuseram este trabalho, mesmo que não tenham sido executadas.

A constituição de um CLS conduzida pela Secretária Joana normalmente segue um roteiro padrão. Quando projetada a intervenção, pretendia usar a mesma metodologia que havia presenciado durante o estágio curricular. A intervenção se iniciaria com uma reunião com a equipe da Unidade. Todas as equipes de Estratégias de Saúde da Família de Porto Alegre, semanalmente, reservam um turno para reunião de equipe, ocasião em que devem programar as suas atividades. Normalmente, a Unidade não faz atendimento ao público externo durante este intervalo, de modo a assegurar que todos os membros de todas as equipes possam participar (pode existir mais de uma equipe de ESF por Unidade). Com o consentimento de todas as equipes, participaria destas reuniões para começar o processo de conscientização da importância de um CLS.

Num primeiro encontro, seriam apresentadas informações sobre controle social, buscando demonstrar para a equipe a importância de ter um Conselho e de ter a comunidade participando das tomadas de decisão. A discussão inicial traria também relatos de outros processos de constituição de CLS, em outras Unidades, exemplificando as conquistas asseguradas pelos CLS, assim como as dificuldades que poderiam surgir.

A segunda reunião com a equipe teria um objetivo mais funcional. Ilustraríamos como devem ser realizadas as reuniões de Plenário, como uma reunião de Plenário deve ser convocada, como é definida a pauta, qual a função do Núcleo de Coordenação e como funciona a estrutura do CLS. Seria proposto também que a equipe determinasse data, local e pauta da primeira reunião do Plenário. Com orientação, a equipe deveria fazer as escolhas respeitando a rotina e os costumes dos usuários, buscando sempre cativar a comunidade. A escolha de um local sem acessibilidade ou o agendamento em horário comercial poderia limitar a participação. Nesta etapa do processo, o objetivo seria sensibilizar os trabalhadores sobre tais questões. Também seriam sugeridas formas de divulgação e maneiras de atrair a

participação dos usuários. Caso a equipe não concordasse com a maneira de divulgação sugerida ou a julgasse ineficiente, seria necessário elaborar outras estratégias de convocação.

O terceiro encontro seria diretamente na reunião do Plenário, não mais na reunião de equipe. A reunião do Plenário serviria para explicar à comunidade o funcionamento do CLS e sua influência na qualidade do serviço público de saúde. Buscaríamos realizá-la de maneira dinâmica e atraente para mobilizar os usuários. Seria importante que nesta etapa os trabalhadores e os usuários protagonizassem o debate. A conscientização e o treinamento realizados com a equipe seriam postos em prática. Nesta mesma oportunidade, seria distribuído aos usuários o modelo do Regimento Interno, para que eles pudessem conhecê-lo.

A quarta e última etapa do processo de intervenção para a constituição do CLS se daria na segunda reunião do Plenário, quando buscaríamos a aprovação do RI pelo Plenário. Formalmente, o Conselho só está constituído quando o RI está aprovado. Sem o RI, as ações do CLS não possuem respaldo legal, por isso a importância de aprová-lo. Assim que concluída esta etapa, supostamente a intervenção teria acabado e não seria mais necessária a participação em demais reuniões. Estas seriam as quatro etapas da intervenção, entretanto a intervenção não ocorreu desta forma.

Durante o período da pesquisa exploratória, me foi proporcionada a oportunidade de interagir intensamente com a Secretária Joana e com o Agente Comunitário Jorge Alves, membro da coordenação do CDS Eixo Baltazar. Consequentemente, me envolvi na divulgação do Novo Regimento Interno a pedido deles. Deixei de participar das reuniões de Plenários como observador e passei ser representante do CMS, apresentando o RI aos trabalhadores e usuários da região. Devido meu envolvimento nesta divulgação, fui convidado a participar do Curso de Formação de Educadores para o Controle Social organizado pela Comissão de Educação Permanente do CMS.

No decorrer do Curso, recebemos tarefas em grupos que demandavam tempo e constatei que não conseguiria auxiliar na intervenção para constituição do CLS como havia planejado. Ademais, o ideal seria que a constituição ocorresse com a supervisão de alguém do conselho, mas a Secretária Joana estava envolvida na organização do Curso e Jorge Alves, que era o único membro do Núcleo de Coordenação do CDS que teria disponibilidade de me acompanhar, também participava do Curso e não dispunha de outros horários.

Priorizei a conclusão do Curso do CMS e fiz registros da experiência no diário de campo da pesquisa exploratória. Com os registros do período em que participei da divulgação do novo RI e do Curso, reuni material suficiente para fazer uma análise dos Conselhos de Saúde. Não poderei analisar profundamente o processo de criação dos Conselhos, mas farei a reflexão sobre o funcionamento deles, as dificuldades de sua manutenção, o assessoramento da Secretária Executiva do CMS e sobre o Curso de Educadores pelo Controle Social.

No capítulo a seguir, buscarei fazer uma revisão teórica sobre Implementação e sua conexão com o CMS e os CLS. Na sequência, descreverei as atividades que realizei utilizando como referência meu diário de campo. Juntamente com esta descrição, coloco impressões pessoais e algumas informações pertinentes. Encerro este trabalho fazendo uma análise sobre as instituições que frequentei e a minha participação. Desta maneira, procuro refletir sobre o processo de Implementação da Política de Participação Social no Sistema Público de Saúde de Porto Alegre.

Vale destacar também que, por questões de ética e respeito aos envolvidos, nem todos os nomes utilizados neste trabalho são os verdadeiros. Para poder citar a ação de alguns indivíduos e não gerar nenhum constrangimento futuro mantenho certas identidades anônimas.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

O objetivo deste trabalho inicialmente era realizar uma intervenção, fomentando a constituição de um Conselho Local de Saúde. Porém por motivos que irei aprofundar na sequência, passei a analisar o processo de Implementação através de atividades que participei e das dificuldades de execução do projeto original. Para embasar teoricamente minha análise, irei explicitar a trajetória teórica utilizada.

Primeiramente, ao propor a análise da etapa de Implementação, parto do conceito de Ciclo de Políticas Públicas. A ideia de estudar a política como um ciclo é bastante difundida academicamente e na administração pública. Apesar das críticas a este modelo, são poucas as publicações que não utilizam o Ciclo de Políticas Públicas como referência, por este motivo é considerada uma teoria “clássica” (Savard 2015; Baptista e Rezende, 2011; Vaqueiro 2007). O benefício de estudar as políticas por este modelo é a facilidade de visualização. Ao destacar os diferentes momentos das Políticas Públicas, o estudo por Ciclo permite estabelecer referenciais comparativos para políticas heterogêneas que muitas vezes são complexas e inter setoriais (Baptista e Rezende, 2011).

Um dos pioneiros do conceito de Ciclo de Políticas Públicas foi Harold Lasswell nos anos 1950. A teoria de Lasswell dividia a construção e o desenvolvimento das políticas públicas em sete estágios. O autor pregava o caráter multidisciplinar das políticas e utilizava como recurso administrativo a fragmentação por etapas. O estudo de Lasswell foi um marco (Baptista e Rezende 2011). Muitos estudos posteriores foram releituras ou críticas ao modelo proposto por ele. Em 2003, Howlett e Ramesh, sintetizando diversos autores sobre o tema, chegaram a um modelo de Ciclo de Políticas Públicas que, na atualidade, é utilizado pela maioria dos estudiosos (Howlett et al, 2013; Savard 2015). Este modelo divide a política em cinco etapas: Montagem da Agenda, Formulação da Política, Tomada de Decisão, Implementação e Avaliação. Foi utilizado este conceito e este modelo de Ciclo de Políticas Públicas na execução deste trabalho.

Resumidamente, o Ciclo de Políticas Públicas funciona da seguinte maneira: quando um problema é reconhecido pelo Estado ou por setores da sociedade/mercado, cria-se uma demanda pela solução. A Montagem da Agenda é a definição de quais problemas serão enfrentados. Existem teorias que explicam quais fatores e tendências pesam na Montagem da Agenda, mas esta etapa não será aprofundada.

Assim que um problema entra na agenda, procuram-se soluções²; a Formulação da Política é a etapa de construção das soluções. A Tomada de Decisão é a definição de qual (ou quais) solução criada será executada, i.e. qual se tornará política de fato, quais os recursos serão utilizados, quem irá executar, quais as metas a serem atingidas e em que período de tempo.

A etapa seguinte, a Implementação, é na qual este trabalho se aprofunda, pois as atividades realizadas no CMS fazem parte do processo de Implementação da Política que estabelece os Conselhos. A etapa de Implementação é quando a política é posta em prática. Apesar de sua importância, seu estudo é recente. Acreditava-se que, quando uma política falhava, era exclusivamente por problemas na sua Formulação. Com o tempo, a etapa de Implementação foi ganhando atenção e é, na atualidade, a mais controversa do Ciclo de Políticas Públicas, com grandes debates acerca do tema.

A Avaliação é a última etapa, nela são analisados os resultados da política, a continuidade, a necessidade de reformulação, ou eventualmente sua extinção.

IMPLEMENTAÇÃO

Como salientado acima, a Implementação é a etapa que pretendo abordar neste TCC. Para tanto, buscarei explicar um pouco seus principais enfoques.

O estudo sobre Implementação ganhou destaque recente, se comparado com o das etapas de Formulação e Avaliação. Os teóricos não encontravam respostas suficientes para todos os fracassos das políticas, então se voltaram para a Implementação. Desde então,

² Existe uma teoria denominada “Garbage Can”, que defende que as soluções são criadas antes dos problemas. Não é meu objetivo aprofundar o debate sobre o tema, mas é importante destacar as diferentes visões que existem sobre a formulação de Políticas Públicas.

diversas teorias de Implementação surgiram na tentativa de solucionar os problemas das Políticas Públicas.

Os primeiros autores que passaram a estudar Implementação seguiam a linha de raciocínio já recorrente: o problema da política pública está na Formulação. Este enfoque foi denominado *top down*. Para os teóricos deste enfoque é possível analisar o fracasso da política pelo processo de Implementação, mas a solução reside na Formulação.

Para sintetizar a teoria *top down*, usarei como exemplo uma política fictícia que não apresentou os resultados esperados: uma campanha de vacinação que não atingiu sua meta. Uma das primeiras providências a serem tomadas, caso utilizássemos uma perspectiva *top down*, seria verificar se os implementadores deturparam o que havia sido planejado pelos formuladores. Caso constatada a deturpação, seria necessária a correção na ação dos implementadores para que estes se adequassem exatamente ao que foi concebido na etapa de Formulação. Tendo os implementadores seguido corretamente as orientações determinadas e os problemas persistirem, o distúrbio estaria, supostamente, na Formulação e a mesma precisaria ser reconstruída. Neste enfoque, apenas os formuladores têm poder decisório. Os implementadores são apenas responsáveis por executar o que foi planejado.

Contrariando a visão *top down*, existe a abordagem *bottom up*. O argumento dos *bottom uppers* é que existem atores com poder de decisão em todas as etapas do Ciclo da Política. Por isto, não basta reformular a política ou corrigir a postura dos implementadores: é necessário que haja o consentimento, a concordância e a participação de todos envolvidos. A Formulação e a Implementação estão intrinsecamente relacionadas, são flexíveis e, passíveis de mudanças. Na abordagem *bottom up*, detectado algum problema, reúnem-se formuladores e implementadores e debatem-se as impressões dos envolvidos. O passo seguinte seria a (re)construção da política de forma gradativa, de modo que ambos compreendessem e conhecessem as vontades de todos. O processo todo deveria ser executado da maneira menos hierárquica possível. Assim, segundo os defensores deste enfoque, haveriam menos conflitos de interesses e maiores chances de êxito.

Lima & D'Ascenzi (2013) sintetizam da seguinte maneira: “Os modelos *top-down* e *bottom-up* se diferenciam quanto ao foco de análise. O primeiro centra-se nas normas e nos planos, o segundo nos atores executores e suas ações”.

Ambos enfoques apresentam pontos positivos e negativos. A visão *top down*, por exemplo, facilita a avaliação: uma vez estabelecida uma meta, basta verificar se foi alcançada. Na visão *bottom up*, os resultados são mais subjetivos, pois, muitas vezes, a política pode sofrer mudanças durante o processo de Implementação. Todavia, esta subjetividade tem vantagens: uma política flexível pode se adaptar as condições da comunidade em que esta sendo desenvolvida.

Estes foram apenas resumos dos dois enfoques, entretanto existem mais ramificações dentro de ambos. O debate *top down – bottom up* é bastante extenso e inclui também, na literatura mais recente sobre o tema, autores que defendem processos híbridos, que absorvem características de ambos os enfoques.

IMPLEMENTAÇÃO E CONSELHOS DE SAÚDE

A legislação que estabeleceu os Conselhos de Saúde, na minha interpretação, é uma tentativa de desconstituir a forte tendência *top down* da Implementação das políticas públicas. O setor saúde, ao mesmo tempo que apresenta inovações como foi o movimento da Reforma Sanitária, é ainda um setor no qual relações hierárquicas entre ocupações são muito marcadas. Na saúde, os “não médicos” têm pouco ou nenhum poder de voz. Com os Conselhos, dá-se poder decisório às outras categorias da área da saúde e aos usuários. Desta forma, implementadores, público alvo e formuladores são obrigados a debater todas as etapas do Ciclo de Políticas Públicas da Saúde; um modelo de Implementação que se aproxima dos conceitos do enfoque *bottom up*.

Todavia, meu objetivo é estudar a Política de Participação e não a Política de Saúde. Ainda que os Conselhos sejam fóruns que colocam um perfil *bottom up* na Formulação e na Implementação das políticas de saúde, o questionamento que preciso fazer neste trabalho é: como qualificar o modelo de Implementação dos Conselhos Locais de Saúde?

Existem alguns fatores que precisam ser analisados para tentar encontrar respostas para esta questão. O primeiro, que acredito ser o mais importante, é o papel da Secretária Joana. Ela é responsável por assessorar os trabalhadores das Unidades de Saúde na constituição do CLS. São raros os CLS de Porto Alegre que tenham sido constituídos sem sua orientação. Será possível enquadrar a metodologia utilizada pela Joana na constituição dos Conselhos em algum modelo de Implementação? Como a ideia deste projeto surgiu através

da observação do trabalho dela durante o estágio de 2013, é muito importante avaliar como ela se insere neste espaço e qual seu poder de decisão perante os outros atores.

Além da Secretária Joana, a atuação dos conselheiros que conheci durante a pesquisa exploratória e dos participantes do curso de Formação de Educadores para o Controle Social podem representar o perfil dos implementadores, formuladores e do público alvo desta política. Como a atuação destes atores e a sua função dentro do processo podem influenciar na Implementação dos Conselhos é outra questão que tentarei abordar no decorrer do trabalho.

Como existem muitos estudos sobre os Conselhos de Saúde, inevitavelmente usarei alguns autores que tratam deste tema, somados à literatura sobre Implementação, para analisar situações que experimentei. São pesquisas e trabalhos que estudam os Conselhos e seu funcionamento, examinando os problemas e as soluções deste modelo de instituição participativa. A partir destes referenciais (teorias de Implementação e estudos sobre participação social) que pretendo refletir sobre esta instituição que é muito importante na democratização do Sistema de Saúde.

6. OBJETIVOS

No projeto que originou este trabalho, havia selecionado como objetivo geral fomentar a constituição de um CLS. Da mesma forma, meus objetivos específicos propunham a capacitação para a intervenção junto ao CMS e sua análise. Por não haver realizado a constituição e conseqüentemente não ter alcançado os objetivos propostos, criei novos objetivos que se enquadrassem na nova proposta de trabalho que passei a desenvolver.

OBJETIVO GERAL

Analisar a Implementação e refletir sobre as suas dificuldades e suas implicações, a partir das atividades realizadas no período de pesquisa exploratória e do Curso de Formadores para o Controle Social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever os motivos que levaram a não realização do processo de constituição de um CLS e analisa-los de maneira crítica e propositiva.
- b) A partir do diário de campo descrever as ações realizadas durante a pesquisa exploratória propostas pela Secretária Executiva do CMS: divulgação do Novo Regimento Interno Padrão, reunião do Plenário Distrital Região Eixo Baltazar, reuniões do Núcleo de Coordenação do CDS Eixo Baltazar.
- c) Conhecer o CMS, seu funcionamento, seus regimentos e sua estrutura.

7. A PESQUISA EXPLORATÓRIA

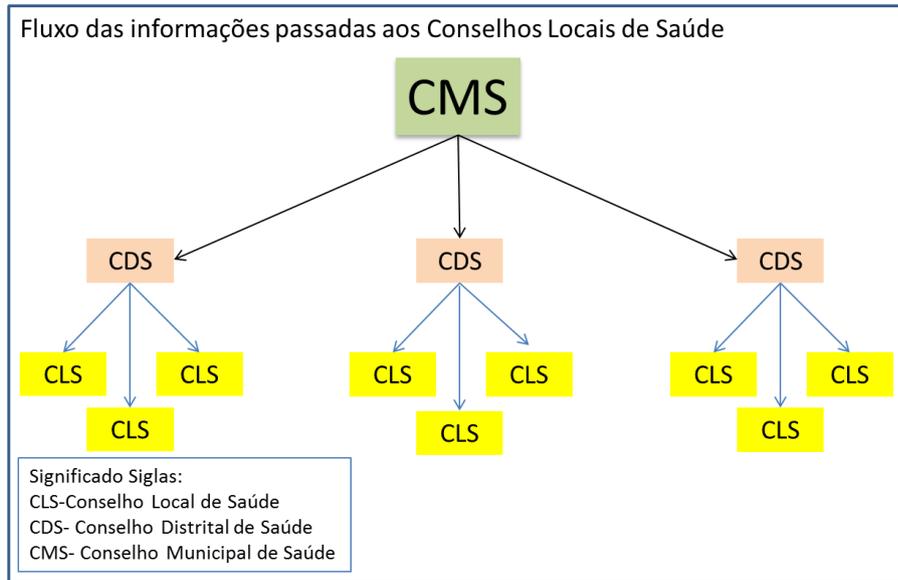
Conforme esclareci anteriormente, neste item descreverei minhas atividades utilizando como referência o diário de campo. Também busco trazer informações sobre o funcionamento do CMS e histórias que me foram contadas para contextualizar os relatos, além de fazer algumas reflexões que julguei pertinentes.

Na ocasião em que apresentei o projeto de intervenção para a Secretaria Técnica do CMS, Joana, solicitei orientação para realizar a pesquisa exploratória antes de iniciar o processo de constituição do CLS. Joana sugeriu que acompanhasse Jorge Alves, Agente Comunitário de Saúde membro do Núcleo de Coordenação do CDS Eixo-Baltazar, durante as visitas que ele estava realizando para a divulgação do novo RI padrão para CLS. Joana acreditava que a minha presença poderia facilitar tal tarefa, pois achava que Jorge Alves era um pouco tímido.

Para que todos os CLS tivessem acesso ao novo RI e pudessem aprová-lo em suas unidades, o CMS precisava disponibilizar o documento. Quando o Plenário Municipal precisa enviar algum material para as unidades distritais e locais, os conselheiros, que participam representando os distritos, devem transmitir as informações para os plenários de sua região e os conselheiros do plenário regional devem retransmitir para os plenários locais, criando uma rede.

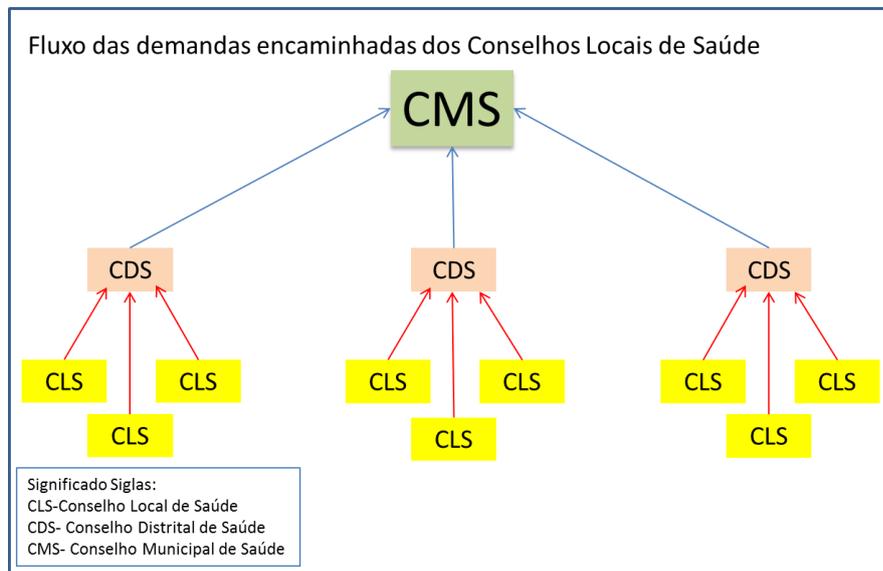
Busquei elucidar nas figuras 3 e 4 o funcionamento desta rede. As demandas das Unidades são enviadas para os CDS, onde a gerência distrital busca resolver o problema; caso a solução não esteja ao seu alcance, a demanda é encaminhada ao CMS. O fluxo também é inverso: caso o CMS precise divulgar alguma informação aos CLS, repassa as informações e os conselheiros têm a obrigação de repassá-la a suas regiões.

Figura 3 Fluxo das informações passadas aos Conselhos Locais de Saúde.



Fonte- Elaboração do autor.

Figura 4 Fluxo das demandas encaminhadas dos Conselhos Locais de Saúde.



Fonte- Elaboração do autor.

Contudo, este sistema de rede nem sempre funciona perfeitamente. O conselheiro pode faltar em uma reunião, suprimir detalhes importantes de alguma informação (propositalmente ou não), não encaminhar demandas das Unidades por desavenças pessoais com outros conselheiros, etc. Como o novo RI é um documento extenso, com certo grau de complexidade, e existem estes problemas no fluxo de informações, a Secretária Joana buscou

delegar pessoas para fazer este trabalho de divulgação nos CLS. O Agente Jorge Alves era uma delas.

COORDENAÇÃO DO CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE EIXO-BALTAZAR

A Secretária Joana relatou que no ano de 2011, o CDS da região Eixo-Baltazar sofreu uma dispersão após um conflito entre alguns conselheiros e a gerência. Para que os conselheiros voltassem a frequentar o Plenário e o Conselho voltasse a atuar, a Joana realizou um assessoramento que resultou na eleição de um novo Núcleo de Coordenação, com membros que não estavam envolvidos nos conflitos anteriores³.

Os membros do Núcleo desta gestão, seguindo as orientações da Joana, fizeram um trabalho de reaproximação com a gerência e com a comunidade, a fim de obter soluções e respostas mais efetivas para os problemas nos serviços de saúde. O resultado desta mobilização foi positivo e as reuniões do Plenário da região Eixo-Baltazar voltaram a ser frequentadas por representantes e coordenadores de todas as Unidades de Saúde da região. Constatando o protagonismo e a articulação deste grupo, Joana designou o processo de divulgação do novo RI a eles, mais especificamente a Jorge Alves que, por ser Agente de Saúde, poderia atuar em horário de trabalho.

Como o projeto de intervenção que apresentei para Joana seria realizado na região Eixo-Baltazar, fui convidado a participar de uma reunião do Núcleo de Coordenação do CDS para conhecer seus membros. Estavam presentes duas coordenadoras representantes dos usuários (as mesmas que nos acompanharam, enquanto estagiários, na aplicação dos questionários em 2013), uma representante da gerência distrital e o Agente Jorge Alves Airton, representando os trabalhadores. Neste encontro, fui informado que o Agente Jorge Alves era o responsável por visitar as Unidades para divulgar o RI e que eu iria acompanhá-lo para realizar minha pesquisa exploratória. Também ficou definido que minha primeira visita seria na reunião do Plenário da Unidade de Saúde Costa e Silva. As próximas seriam marcadas posteriormente.

³ Estes foram os relatos de Joana. Não foi especificado qual o conflito. A resolução 52/2011 do CMS é relativa a este acontecimento.

CONSELHO LOCAL DE SAÚDE COSTA E SILVA

A Unidade de Saúde Costa e Silva é um serviço de saúde comunitária da região Eixo-Baltazar administrado pelo Grupo Hospitalar Conceição. O GHC é uma instituição conveniada à Prefeitura e aos Governos Estadual e Federal que presta atendimento de saúde de forma gratuita, 100% SUS. Ao todo são 12 Unidades Básicas de atendimento pertencentes ao grupo, além de quatro hospitais e uma Unidade de Pronto Atendimento. Os serviços administrados pelo GHC também participam dos Conselhos Municipais e Distritais, pois o CMS abrange todas as instituições de saúde pública do Município.

Ao chegar ao local para a reunião do Plenário do CLS, fui muito bem recebido. Infelizmente, Jorge Alves me avisou que não poderia comparecer por problemas pessoais e solicitou que eu realizasse a divulgação do RI. A reunião foi realizada em uma sala anexa à Unidade que era utilizada para os trabalhos com os grupos⁴. Estavam presentes 19 pessoas, entre trabalhadores e usuários. A pauta da reunião era o novo RI que substituiria o vigente e era esperada a presença de um representante do CMS para apresentá-lo. Mesmo tendo explicado que a minha presença ali era por motivos acadêmicos e que estava substituindo o Jorge Alves, fui considerado este “representante”.

Como não estava familiarizado com o regimento, não soube responder a maioria das perguntas realizadas. A ausência do Jorge Alves e meu desconhecimento causaram constrangimento generalizado, pois Joana havia prometido enviar alguém habilitado para responder dúvidas. Tive que anotar todas as questões para encaminhar as respostas posteriormente.

Apesar do ocorrido, minha presença cumpriu a finalidade de pesquisa exploratória e pude fazer algumas observações: constatei que quem conduziu a reunião e fez a maioria das perguntas foi a Coordenadora da Unidade. Esta situação não ocorreu de forma autoritária, muito pelo contrário, todos pareciam bem à vontade para fazer indagações e expressar a sua opinião, mas era notável como a reunião era orientada pela trabalhadora.

⁴ Os grupos são formados para realização de atividades de saúde com caráter preventivo. Cabe a cada unidade desenvolver os grupos de acordo com o perfil sanitário de sua região. Somente Unidades que funcionam sobre o sistema de Estratégia de Saúde da Família organizam grupos.

Também vale salientar o protocolo que orientou a realização da reunião. Esta se iniciou com a leitura da ata da reunião anterior, foram debatidos os temas da pauta do dia e no final foi aberta a possibilidade para informes. Conhecer estes procedimentos era meu objetivo para entender a dinâmica de funcionamento das reuniões de Plenário.

Depois desta primeira visita, encontrei-me com a Secretária Joana para esclarecer as dúvidas que não havia conseguido esclarecer e mais algumas que tinha sobre o funcionamento dos Conselhos. Obviamente, a ausência de Jorge Alves não estava prevista, mas Joana ficou apreensiva sobre a minha compreensão do assunto e a minha capacidade de desenvolver o projeto de intervenção, uma vez que não tinha conseguido responder às perguntas do Plenário. Ela explicou item por item do novo Regimento para que não houvessem mais dúvidas e insegurança de minha parte. Nesta ocasião me comprometi com a divulgação do RI, apesar de não ser o objetivo inicial da pesquisa exploratória.

CONSELHO LOCAL DE SAÚDE SANTA FÉ

A segunda reunião de Plenário que participei foi na Unidade de Saúde Santa Fé, junto à equipe de Estratégia Saúde da Família. Fiquei novamente desacompanhado, Joana me ligou na última hora avisando que não conseguiu veículo da prefeitura que a levasse e solicitou que fizesse a apresentação do RI por ela apesar das dificuldades que tive na primeira visita. Chegando ao local, fui encaminhado pela porteira para a sala dos Agentes Comunitários de Saúde, onde estava sendo realizada a reunião. Mais uma vez, pude presenciar um Plenário com um número significativo de pessoas: cinco usuários, um deles presidente da Associação de Moradores do bairro, e cinco trabalhadores. A princípio, Joana apresentaria o novo RI, mas a pauta da reunião abordava outros temas.

Foram feitos debates sobre a distribuição de remédios e sobre o atendimento odontológico. Além destes, foram debatidos outros assuntos que não estavam na pauta: o presidente da Associação iniciou uma discussão sobre a pavimentação de uma praça, a iluminação das ruas e a instalação de uma academia ao ar livre. Assim que os temas se encerraram, solicitei espaço para apresentar o RI e, para minha surpresa, eles já haviam sido apresentados ao mesmo e já o haviam aprovado e, por alguma falha de comunicação, a Secretária Executiva não tinha tal conhecimento. Como irei relatar na conclusão deste

trabalho, os problemas de informação, a exemplo do descrito acima, são uma das maiores dificuldades do CMS.

Pude observar a forte presença do presidente da Associação de Moradores, que manteve a dinamicidade no Plenário, substituindo o protagonismo dos trabalhadores que havia constatado no CLS Costa e Silva.

CONSELHO LOCAL DE SAÚDE RUBEM BERTA - MUDANÇA DE PERSPECTIVA

Na sequência, tive a oportunidade de acompanhar Jorge Alves em uma reunião do Plenário do CLS Rubem Berta. A reunião estava marcada para as 15h, entretanto chegamos um pouco mais cedo. Iríamos apresentar o novo RI padrão. Na Unidade, deparamo-nos com uma situação atípica: ninguém da recepção sabia que haveria Plenário do CLS no dia. Inclusive, a primeira pessoa que nos recepcionou, uma porteira de um serviço terceirizado, desconhecia o que era um Conselho de Saúde. Em seguida fomos atendidos por uma das Técnicas de Enfermagem, que chamou a Coordenadora da Unidade. Acompanhamo-la até um consultório que não estava sendo utilizado, local designado improvisadamente para a realização da reunião. No consultório, aguardamos alguns minutos e chegaram dois usuários, sendo um deles presidente da Associação de Moradores do bairro. Assim que a Coordenadora do serviço buscou o livro de atas, começamos reunião. Apesar de amplo, o consultório escolhido não era o ambiente mais adequado, pois metade do espaço era ocupado por uma mesa ginecológica. Além da sala, algumas questões me chamaram a atenção: ninguém tomou anotações para lavrar a ata e não havia a presença de qualquer trabalhador (a presença de um representante dos trabalhadores, que não seja o Coordenador da Unidade, é um dos princípios do CLS).

A Coordenadora e os dois usuários solicitaram para que iniciássemos com a apresentação do RI, mas assim que explicamos os primeiros artigos, o assunto foi desviado. O início da leitura do Regimento despertou um sentimento de “indignação” da Coordenadora, que interrompeu a fala do Agente Jorge Alves. Ela não se conformava com a falta de interesse da comunidade em participar do CLS, discurso este que foi reforçado pelos usuários presentes. A Coordenadora da mesma forma relatou a superlotação do serviço e destacou que seria necessária mobilização popular para que mais unidades fossem construídas na região. Realmente, realizando uma rápida pesquisa pude constatar que o bairro sofreu um

significativo aumento demográfico nos últimos anos⁵, porém, segundo a Coordenadora, o que mais prejudicou o atendimento foi a falta de trabalhadores. O número de consultas por dia diminuiu em razão da aposentadoria e da transferência de médicos, sem que houvesse reposição destes profissionais nas equipes.

Contraditoriamente ao discurso de superlotação, a coordenadora também nos informou que estava planejando encaminhar um projeto à Secretaria de Saúde para que fosse reduzido o horário de atendimento da Unidade, que funciona das 8h as 22h, solicitando que passasse a fechar às 19h. Como a mudança de horário é uma questão radical que pode gerar várias represálias da comunidade, sugeri que houvesse um trabalho de reforço ao CLS antes de serem tomadas decisões que acarretariam mudanças tão significativas. Ao final do Plenário, acompanhando do Agente Jorge Alves, saímos sem ter cumprido nosso objetivo, apresentar o novo RI. No entanto, a partir dessa visita, ficou constatada a necessidade de assessoramento para fortalecimento do CLS com aos trabalhadores e à comunidade da UBS Rubem Berta.

Na semana seguinte, o Agente Jorge Alves providenciou o contato com algumas lideranças estratégicas no intuito de mobilizar o Conselho. Fui informado que no Plenário do mês seguinte houve a participação de mais de 15 pessoas e foi vetada a mudança de horário.

Após a intervenção de Jorge Alves, um Plenário extraordinário foi convocado e ele me convidou para participar como observador. Nesta segunda visita, diferentemente da última que fizera, a reunião foi marcada para as 19h e foi realizada na sede da Associação de Moradores. Por problemas pessoais, novamente Jorge Alves não pôde comparecer. Havia 12 participantes, entre usuários e trabalhadores. Os usuários que haviam participado do primeiro Plenário em que estive presente estavam na reunião (a usuária chamada Rosa e o presidente da Associação de Moradores), mas a Coordenadora da Unidade não compareceu. A pauta da reunião extraordinária foi, outra vez, a apresentação do Regimento Interno. A presidência do Plenário foi conduzida por uma enfermeira que tentava manter certa organização nas falas, mas como ninguém estava familiarizado com as “normas”, a reunião se transformou num grande debate sobre assuntos diversos.

⁵ Segundo o censo de 2010, a população do Bairro Rubem Berta, onde está localizada a UBS, aumentou 8,73% desde o ano 2000. Fonte: <http://www.observapoa.com.br/>.

Uma usuária apresentou uma reclamação sobre a marcação de consultas via telefone, outra fez uma crítica a uma das médicas e a maneira como esta tratava os pacientes. Rosa, a mesma que esteve na última reunião em que eu participara, tentou impor algum controle sobre tempo das falas dos demais participantes. Essa atitude foi recebida pelos outros usuários de forma negativa, que começaram uma discussão por acharem que ela estava sendo autoritária. O presidente da Associação Comunitária interrompeu a discussão de maneira bastante enérgica solicitando que todos mantivessem o respeito e que as falas não se estendessem, para que a reunião fosse mais produtiva; ele chegou a ameaçar expulsar todos da sede da associação caso o Plenário insistisse em se comportar daquela maneira.

Depois desta advertência, a presidenta da mesa relembrou a pauta da reunião e solicitou que eu fizesse a leitura do Regimento Interno. Neste momento, já estava inteirado de todo RI e havia assumido o compromisso com Joana de auxiliar em sua divulgação. Fiz a leitura item por item e, mesmo que os presentes não tenham feito perguntas, buscava esclarecer alguns artigos do regimento que considerava mais complexos. Tentei ser o mais didático possível, utilizando exemplos que observei Joana usar e outros de minha própria experiência. Ao final da leitura, os usuários não questionaram nenhum item do regimento. A única questão levantada foi sobre o que significava CDS; a maioria dos presentes não sabia de sua existência. Como solução para os problemas listados no início da reunião, sugeri que fosse criada uma caixa de reclamações que seria aberta em todas as reuniões de plenários futuras e uma usuária ficou responsável por confeccioná-la.

Aproveitei a ocasião para informar os horários e datas do Plenário do CDS. No último minuto da reunião, quando todos já se preparavam para sair, a mesma usuária responsável pela caixa de reclamações fez um questionamento sobre o horário da reunião do Plenário do CLS e perguntou se poderia ser realizado sempre às 19h. Como “representante” do CMS, respondi, conforme o que fui orientado pela Secretária Executiva do CMS: o Plenário é soberano e poderia ser votado o horário melhor para todos. Foi aberta a votação e a maioria optou pela mudança do horário para as 19h. Com essa decisão, a reunião foi encerrada.

Acabada a reunião, três senhoras solicitaram que eu esclarecesse algumas dúvidas; fui informado que Dona Rosa representava o CLS Rubem Berta no Plenário Distrital há mais de quatro anos, todavia a eleição dela para este cargo foi realizada em uma reunião onde só estava presente a Coordenadora da Unidade; e que ela não consultava ninguém sobre as

votações e encaminhamentos que realizava. Como representante do CMS, optei por não tomar um posicionamento, até porque, não tive oportunidade de averiguar a veracidade do que foi dito, mas as orientei sobre o processo de eleição de representantes.

PLENÁRIO DISTRITAL

Durante o período de visitas aos CLS, frequentei as reuniões do Núcleo de Coordenação do CDS Eixo-Baltazar, como parte da pesquisa do funcionamento da estrutura de conselhos de saúde. Os membros do Núcleo, em especial o Agente Jorge Alves, compartilhavam comigo as notícias do que estava acontecendo na região. Fui convidado a participar da visita à nova sede da Gerência Distrital antes mesmo da sua inauguração. Além da participação nestas reuniões, fui convidado a frequentar o Plenário Distrital; minha presença neste se mostrou importante, para que tivesse uma compreensão como um todo do sistema, que funciona em rede. frequentei três reuniões de Coordenação do CDS e quatro reuniões de Plenário. Estes encontros seguiram o protocolo do CMS: leitura de ata, pauta e considerações finais. Entretanto, irei relatar apenas uma reunião por ter ocorrido um fato inusitado.

No Plenário Distrital seguinte às minhas visitas ao CLS Rubem Berta, fui abordado pela Coordenadora da Unidade, que me interpelou sobre os motivos de ter sido trocado o horário das reuniões; ela informou, ainda, que havia reestabelecido o horário das 15h. Esta decisão, tomada de forma arbitrária pela coordenadora, pode ser uma das razões para o afastamento da comunidade. relatei esta situação ao Jorge Alves que decidiu reforçar sua intervenção no Plenário da Unidade e solicitou minha participação.

A forma com que representantes do CDS e do CLS se dirigiam a mim deixou patente que a minha intenção original de explorar brevemente e observar o funcionamento dos CLS havia se transformado. A observação passou a ser uma participação propositiva, mais longa e mais intensa do que eu havia inicialmente previsto. Em particular, minha aproximação e inserção através de um trabalhador membro do CDS, o Agente Jorge Alves, ao mesmo tempo em que abriu portas e me permitiu a participação em diferentes espaços, fez com que eu ficasse identificado com o CMS. Ao mesmo tempo, estas atividades pulverizadas em diversas Unidades e o meu envolvimento na divulgação do RI fizeram com que fosse difícil me

concentrar no objetivo original do Trabalho e estabelecer uma data para fim da pesquisa exploratória e o início da constituição de um CLS.

AS DIFICULDADES DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROJETO

Durante todo mês de agosto e metade de setembro de 2014, frequentei as reuniões descritas acima. Este seria o período de pesquisa exploratória previsto no projeto deste TCC, para que no final de setembro, em conjunto da Secretária Executiva do CMS, passasse a colaborar no processo de constituição de um CLS. Meu envolvimento na divulgação do RI foi parte do processo de familiarização, entretanto, ao fazer as visitas nas Unidades e frequentar as reuniões do Plenário Distrital, entendo que acabei por desviar o foco, adiando o início da intervenção. Um evento em particular, contudo foi definitivo para que não colocasse em prática o que havia planejado.

Na segunda semana de setembro, fui convidado pelo Agente Jorge Alves para acompanhá-lo em uma reunião no CMS. Não conhecíamos de antemão a pauta desta reunião. Chegando ao auditório da SMS, uma representante da Secretaria Técnica do CMS apresentou ao Plenário um projeto elaborado pela Comissão de Educação Permanente do CMS, denominado “Formação de Educadores para o Controle Social”. Esta Formação ocorreria através de um Curso ministrado por uma instituição terceirizada.

O projeto pretendia abranger todo município. Como estava bastante engajado na divulgação do RI, fui convidado a participar representando a Região Centro, onde moro. Como um dos objetivos específicos do projeto era ampliar a formação de Conselheiros de Saúde, acreditei que poderia estender o período de pesquisa exploratória, agregando o conteúdo que poderia aprender no Curso ao processo de constituição de um CLS; aceitei o convite. No entanto, no decorrer do Curso percebi que suas atividades tomariam muito tempo e optei por priorizá-lo, adiando por tempo indeterminado a intervenção originalmente prevista.

O Projeto de Formação de Educadores para o Controle Social tinha como objetivo geral qualificar membros para a Comissão de Educação Permanente que, através de eventos sistemáticos descentralizados, desenvolveriam o Programa de Formação para Conselheiros do Conselho Municipal de Porto Alegre. A qualificação dos membros seria através de um Curso presencial organizado por uma Organização Não Governamental (ONG) sediada em Passo Fundo, RS. A ONG denominada Centro de Educação e Assessoramento Popular, se

apresenta como instituição comprometida com a construção de um projeto de sociedade democrático e popular para o Brasil, tendo a Educação Popular como o elemento central da sua atuação. Os critérios para a contratação desta entidade foram sua experiência no campo da educação popular e o seu foco nas políticas públicas de saúde. O grupo que participou do Curso havia sido selecionado pelos servidores da Secretaria Técnica do CMS.

As pessoas que foram selecionadas para participar deveriam ter características de “multiplicador”. Não foram esclarecidos os critérios que foram utilizados para detectar este perfil. Os convites para participar foram feitos pessoalmente pelos servidores do CMS ou foram indicações das Gerências Distritais. Ao todo, foram 30 participantes de diversas regiões da cidade, entre usuários e trabalhadores, incluindo a mim. Passo a descrever o Curso e a minha participação nele.

O Curso foi dividido três módulos, ministrados em três finais de semana (segundo final de semana de setembro, outubro e novembro): na sexta-feira em três turnos (manhã, tarde e noite) e no sábado em dois turnos (manhã e tarde). O objetivo era que, ao final dos três módulos, os participantes coletivamente criassem Projetos Piloto de Multiplicação do processo educativo vivenciado, reproduzindo as ideias aprendidas no Curso e formando novos potenciais conselheiros. Os projetos seriam executados com a supervisão e o acompanhamento dos ministrantes; ao final do Curso, em dezembro, os grupos que executaram os Projetos Piloto fariam um seminário de avaliação.

O primeiro módulo foi realizado no terceiro final de semana de setembro, na sede dos Irmãos Capuchinhos em Porto Alegre. Ministraram o Curso neste primeiro módulo três palestrantes da ONG. Neste primeiro encontro foram duas manhãs e uma tarde de palestras; algumas eram mais expositivas e outras com um caráter mais dinâmico, induzindo os participantes ao debate. O tema abordado neste primeiro encontro foi a história das políticas de saúde. Fomos introduzidos à concepção de política de saúde criada por Bismark na Alemanha recém-unificada até as políticas de saúde atuais. Foi interessante notar que as palestras tinham um cunho ideológico bem marcado (apesar de participarem do Curso representantes dos serviços de saúde terceirizados): todos os discursos promoviam o sistema de saúde público e universal, condenando as visões mercadológicas da saúde, exaltando a saúde como um conceito amplo e intersetorial e não apenas como acesso a “tratamento de saúde”. Por serem dois dias de Curso, tivemos a oportunidade de pernoitar no local; todo

custo de infraestrutura, alimentação e hospedagem foi coberto pela Secretária de Saúde Municipal.

A percepção dos participantes em relação ao Curso me pareceu bastante positiva e os momentos entre as palestras eram muito interessantes. Como todos os presentes participavam do CMS, CDS ou CLS de sua região, durante as refeições e intervalos houve diversas conversas sobre saúde, política e controle social. Tive a oportunidade de participar de um destes debates, em que dois participantes discutiam qual era a melhor forma de contratação dos profissionais de saúde: estatutário ou terceirizado. Um deles defendia o fortalecimento do estado e a estabilidade para os prestadores de serviço público garantida pelo sistema estatutário, o outro contrapunha relatando o alto custo dos salários dos servidores e a ineficiência dos profissionais “concurseiros”, que procuram a estabilidade do sistema estatutário e tornam-se acomodados e incompetentes. Este foi o diálogo que pude participar as diversas rodas de conversa formadas nos intervalos das palestras. Minha participação no Curso seguiu sendo em parte de observação; no entanto, como foram designadas tarefas, tive que me envolver mais ativamente.

No fim do primeiro encontro, os palestrantes propuseram um “tema de casa”. Os participantes deveriam se reunir por regiões e elaborar um diagnóstico do seu território: quantos serviços de saúde, quantos CDS e CLS, quantos são os profissionais e qual a população atendida. Este diagnóstico deveria ser apresentado no encontro seguinte. Como era o único representante da região Centro, não precisei realizar esta tarefa.

Antes da realização do segundo módulo, me reuni com o Agente Jorge Airton, para darmos prosseguimento à atividade de divulgação do novo RI nos Serviços de Saúde. Precisávamos também avaliar a situação provocada pela mudança de horário do CLS Rubem Berta – aparentemente imposta pela Coordenadora da Unidade. Optamos por adiar a visita ao Rubem Berta, pois acreditamos que o Curso nos muniria de estratégias e argumentos para enfrentar aquela situação delicada. Foi nesta reunião que Jorge expos a sua indisponibilidade de horários. Com o Curso, ele já comprometia a carga horária semanal de Agente Comunitário e não poderia mais realizar a divulgação do novo RI, como também não poderia me acompanhar em uma possível constituição de CLS. Ao participar do Curso, já previa adiar a constituição do CLS. Todavia, nesta reunião acabei decidindo não realizar a intervenção que havia planejado.

Não haveria tempo hábil para constituição de um CLS ao término do Curso visando o TCC, uma vez que o Curso terminaria em dezembro, junto com o semestre letivo da UFRGS. Com a orientadora, percebi que o processo de visitas aos CLS, o envolvimento com o Núcleo de Coordenação do CDS e a participação no Curso estavam proporcionando um grande aprendizado. Reformulamos este TCC de modo que se tornasse um relato analítico de todo o processo de implementação, refletindo sobre as dificuldades deste processo, a partir das experiências que vivenciara e que estavam registradas em diário de campo. A implementação já foi descrita como “o elo perdido” no estudo do processo de produção de políticas públicas (Hargrove, 1975). Estudar o processo de implementação e refletir sobre as suas dificuldades e suas implicações, a partir de um caso concreto em que houve a intenção de fazer uma intervenção, portanto, passou a ser o objetivo principal deste Trabalho.

O segundo módulo do Curso foi realizado no terceiro final de semana do mês de outubro na Casa de Retiro Vila Betânia, em Porto Alegre, RS. O encontro começou com a apresentação dos “diagnósticos das regiões”. Os grupos representavam as seguintes regiões: Restinga/Extremo Sul, Lomba do Pinheiro/Partenon, Leste/Nordeste e Norte/Eixo Baltazar. Os demais participantes que representavam suas regiões sozinhos não fizeram apresentações. Estes diagnósticos seriam usados para a elaboração dos projetos de multiplicação.

Dando seguimento ao Curso, tivemos palestras sobre o sistema de saúde brasileiro. Aprendemos os princípios e diretrizes do SUS, quais as atribuições dos Estados, Municípios, da União; como são financiadas as políticas, qual a legislação que dá respaldo legal aos Conselhos, como funcionam os convênios com entidades privadas, o que são a Programação Anual de Saúde, o Plano Plurianual, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, a Lei de Diretrizes Orçamentaria, a Lei Orgânica de Saúde e o Contrato Organizativo de Ação Pública. Na medida em que estes assuntos eram debatidos, os palestrantes aplicavam dinâmicas para instigar os participantes a se colocarem no lugar do gestor e analisar os conflitos a partir de outra perspectiva.

As palestras deste segundo módulo também tiveram um caráter bastante ideológico. Estávamos a uma semana do segundo turno das eleições presidenciais, por isso os debates foram mais “entusiasmados”. Como o tema das palestras foi justamente a gestão do SUS, muitas vezes os participantes comparavam as propostas de governo dos candidatos à

Presidência da República. Também debatemos como a dívida pública, reforma constituinte e reforma tributária podem influenciar na gestão da saúde.

No encerramento, os palestrantes ensinaram como estruturar um projeto: introdução, justificativa, objetivos gerais e específicos, metodologia e avaliação. Utilizando o diagnóstico produzido na primeira tarefa do Curso, os grupos deveriam fazer projetos de multiplicação por Região para serem apresentados no terceiro módulo. Poderia ser um projeto de constituição de CLS, de capacitação dos conselheiros, de busca de novas lideranças, etc. A finalidade dos projetos era iniciar o desenvolvimento de um “Programa de Formação para Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre”.

Foi solicitado que as multiplicações fossem programadas no máximo até dezembro de 2014, pois o convênio da ONG com o CMS terminava naquele mês. Se fossem realizadas neste período, os palestrantes teriam a agenda reservada para participar dos projetos. Como eu era o único representante da Região Centro, me juntei ao grupo da região Eixo-Baltazar, no qual o Agente Jorge Alves participava. Para realizar a tarefa, a Região foi unificada com a Região Norte. Nosso grupo era formado por seis membros: dois Agentes Comunitários de Saúde da Região Norte/Eixo-Baltazar, duas servidoras do GHC (todas suas Unidades estão nestas duas regiões, com exceção do Hospital Fêmeina) e dois usuários, uma moradora da Região Norte e eu. A primeira ideia que tivemos para o projeto de multiplicação foi executar um Curso de qualificação com os Conselheiros dos CDS. Contudo, a moradora da região Norte relatou ao grupo a situação da Unidade de Saúde de que era usuária: não existia CLS constituído. Relatou, ainda, que aconteceram tentativas de constituir o CLS, sendo que na última delas houve a assessoria da Joana. O grupo decidiu então por fazer a atividade de multiplicação neste local, a Unidade Básica de Saúde São Borja. .

A unidade em questão é a Estratégia de Saúde da Família São Borja. Localizada no Distrito Sanitário Norte, é um pequeno serviço de saúde sediado em uma casa que já foi sede de uma Associação de Moradores. Apesar de adaptado, o local não foi construído com a finalidade de sediar um serviço de saúde. Por isso, desde agosto de 2013, a Unidade estava em reforma para reparar os estragos da degradação do tempo e para ampliar o espaço, de modo que a Unidade pudesse receber uma equipe odontológica. Antes da reforma começar, a Secretária Joana havia mobilizado a comunidade e os trabalhadores para que eles constituíssem o CLS, para fiscalizar a obra e garantir que o atendimento aos usuários não

fosse comprometido. Segundo relato da Secretária Joana, as primeiras três reuniões contaram com mais de 50 participantes e a partir deste grupo foi eleita uma Comissão de Fiscalização da Obra. Contudo, as reuniões começaram a diminuir, a Comissão se desfez e, um ano depois da mobilização inicial, já não havia mais reuniões do Plenário do CLS. Esta havia sido uma das Unidades que eu visitara, por ocasião do meu estágio em 2013, acompanhando a Secretária Joana em uma reunião; eu havia observado o processo de constituição daquele CLS. Do grupo inicial, só restara esta moradora que agora integrava o nosso grupo; ela mantivera contato com a Secretária Joana e por isso foi convidada a participar do Curso, representando os usuários da região Norte. A constatação de que aquele CLS havia deixado de existir reforçou a ideia de que há uma dinâmica complexa na constituição dos CLS e que, para além da sua criação, há dificuldade para sua manutenção.

Para a tarefa do Curso, nos reuníamos duas vezes por semana na sede administrativa do GHC. Elaboramos o projeto intitulado “Reanimando a participação popular na Vila São Borja” (apresentado aqui em anexo), que tinha por objetivo conscientizar a comunidade da importância do controle social. Preocupamo-nos em não colocar compromissos como “constituir um CLS” ou “aprovar o Regimento”, pois a Unidade já havia tido a experiência frustrada de constituição de um Conselho. Acreditamos que colocar estas metas poderia engessar nosso contato porque ficaríamos muito restritos a questões burocráticas. Queríamos cativar a comunidade e os trabalhadores para que eles iniciassem o processo de reconstituição do CLS a seu tempo.

Dividimos o projeto em etapas: primeiro iríamos nos reunir com a equipe de trabalhadores da Unidade e consultar, através de uma entrevista estruturada, qual o entendimento deles sobre os CLS e o qual sua opinião sobre controle social. A segunda etapa seria de mapeamento do território em que a Unidade está inserida. Faríamos uma caminhada pela comunidade com os Agentes Comunitários de Saúde para conhecermos a região e conversarmos com as lideranças populares, as lideranças religiosas, os presidentes de Associações de Moradores, donos de bares, enfim, para conhecermos as pessoas e os lugares de referências do bairro. Escolhemos os agentes para nos acompanhar, pois eles são necessariamente moradores daquele território; seriam a nossa “credencial” para circular pela comunidade e também indicariam quais os moradores mais engajados nas causas

comunitárias. Nossa intenção era fazer um convite a estes moradores para que tomasse parte de uma roda de chimarrão conosco, quando executaríamos a nossa terceira etapa do projeto.

A terceira etapa seria o encontro de trabalhadores e usuários, onde faríamos esta roda de chimarrão, conversando sobre o controle social, perguntando aos moradores da comunidade sobre histórias de conquistas sociais, instigando-os a refletirem sobre o modelo de saúde que querem construir. Durante um dos encontros para criarmos o projeto, observei uma interpretação da pedagogia de Paulo Freire, por parte de um dos Agentes Comunitários de Saúde da Região Eixo-Baltazar que fazia parte do nosso grupo. O Agente exaltava este tipo de atividade, que descrevia como sendo bem “ao estilo Paulo Freire”. Em outra oportunidade, o Agente relatou-me as atividades “ao estilo Paulo Freire” que estava programando para a campanha “novembro azul” da Unidade de Saúde em que trabalhava, atividades relativas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Os ministrantes do Curso haviam reservado uma data para cada grupo para que eles pudessem acompanhar a aplicação de cada um dos projetos de multiplicação. O ideal seria que eles participassem em todos módulos que planejamos, mas como não era possível, priorizamos a presença deles no módulo onde os trabalhadores e usuários estariam juntos na roda de chimarrão e solicitamos a sua presença apenas no terceiro. Os outros dois executaríamos sozinhos.

Refletindo sobre o projeto que criamos, percebi que ele se assemelhava muito com o projeto original do meu TCC: começar conscientizando os trabalhadores sobre a importância de manterem os canais de participação ativos e posteriormente convidar a comunidade a se apropriar destes espaços que são dela por direito. O projeto de multiplicação que criamos, conceitualmente, também era uma proposta de intervenção. Apesar de ter optado em não realizar a constituição de um CLS para o TCC, em virtude desta tarefa do Curso, acabaria deparando novamente com este processo.

O PROJETO DE MULTIPLICAÇÃO E O RESULTADO DO CURSO

Iniciamos o primeiro módulo da multiplicação assim que terminamos de elaborar o nosso projeto para o Curso. O projeto deveria ter sido apresentado no terceiro encontro do Curso, antes de ser posto em prática. Como tínhamos não ter tempo hábil para realizar os três módulos até a data da sua avaliação pelos professores, decidimos realizar a sua primeira

etapa, a de reunião com os trabalhadores da Unidade, mesmo sem que o projeto tivesse passado pela análise dos professores palestrantes. Futuramente, esta decisão mostrou-se um erro. Tampouco comuniquei à professora orientadora do TCC sobre os encaminhamentos do Curso. Esta falta de comunicação de minha parte resultou em dificuldades na finalização deste trabalho.

Entramos em contato com o coordenador da Unidade São Borja e pedimos sua autorização para participarmos da reunião de equipe semanal, a fim de realizarmos o primeiro módulo do nosso projeto. Chegamos à Unidade e a situação era bastante complicada, pois o prédio estava em reforma. Fizemos uma pequena introdução, explicando o objetivo de nosso encontro e a importância do controle social. Então solicitamos que eles respondessem duas questões: “Qual a importância do Conselho Local de Saúde para a unidade de saúde e seus trabalhadores? E para os usuários da ESF São Borja?”. As duas questões serviriam como disparadores e estímulos para uma conversa sobre Conselhos de Saúde. As reações foram contrastantes: uma técnica de enfermagem mais antiga na Unidade disse que o Conselho tinha apenas o propósito de controlar os trabalhadores e que já havia trabalhado em outro local onde os Coordenadores do Conselho exigiam uma sala para que pudessem fiscalizar o atendimento. Por outro lado, o médico do serviço, um venezuelano do programa Mais Médicos, descreveu o controle social com “muito importante para a melhoria das políticas de saúde”. Os demais membros da equipe mostraram posições favoráveis à criação de um CLS. Durante esta reunião, também conversamos com a equipe para tentar descobrir os motivos pelo qual a tentativa anterior de constituir o Conselho havia fracassado. Para o Coordenador da Unidade, a população se afastou porque, devido o falecimento da última médica, a unidade havia ficado mais de seis meses sem um substituto, até a chegada do médico venezuelano pelo Programa Mais Médicos.

Encerramos este primeiro módulo da multiplicação intrigados com os relatos dos trabalhadores: se os usuários da Unidade não participam nem em um momento de dificuldade, (sem médico e em reforma), que é momento onde a participação tradicionalmente aumenta (Kujawa, Both, Brutscher, 2005), será que conseguiríamos sensibiliza-los quando “está tudo bem”?

A continuação do Curso correu no primeiro final de semana de novembro, novamente na Casa de Retiro Vila Betânia. A primeira atividade foi a apresentação dos projetos de

multiplicação. A primeira apresentação foi da Região Restinga/Extremo Sul. Sua proposta era convidar todos Agentes Comunitários de Saúde de todas as Unidades para um seminário sobre participação e controle social. Uma das atribuições do Agente Comunitário é servir como um elo entre a comunidade e a Unidade de Saúde, por isso o grupo os escolheu como público alvo da multiplicação. Este projeto não foi muito bem avaliado pelos professores palestrantes, pois metade dos serviços de saúde da Região é composta por Unidades de Saúde que não migraram para o modelo Estratégia Saúde da Família e que, portanto, não possuem em suas equipes Agentes Comunitários. Uma participante do Curso também sugeriu que o público alvo fosse menor, pois seria muito difícil fazer um seminário para tantas pessoas.

O grupo da Região Lomba do Pinheiro/Partenon apresentou um projeto bem diferente. No encontro anterior, o diagnóstico dos CLS e CDS do território era positivo, com grande participação da comunidade. Conseqüentemente, a multiplicação não foi focada na busca de novos conselheiros, mas na qualificação dos atuais através de palestras. A ideia foi elogiada pelos palestrantes e por todos participantes.

A região Leste/Nordeste projetou uma tarde de conscientização com conselheiros e potenciais lideranças -trabalhadores e usuários- de todo território. Este foi o projeto mais elogiado pelos professores palestrantes e participantes, pois atingia o objetivo de qualificar os conselheiros da região assim como propunha acolher novos participantes.

Finalmente, nosso grupo apresentou o projeto de intervenção em três módulos, enfocando uma Unidade de Saúde. Fomos criticados pois, ao contrário de todos os outros, nosso público alvo era muito limitado. Um dos participantes, usuário da Região da Lomba do Pinheiro e atual suplente do Núcleo de Coordenação do CMS, questionou energicamente o projeto por começar mobilizando os trabalhadores e não os usuários. Na sua concepção, iniciar a intervenção pelos trabalhadores limitava a participação dos usuários. O público alvo do nosso projeto de multiplicação também foi criticado pelos professores palestrantes do Curso por ser restrito apenas a uma Unidade de Saúde. Apesar das críticas, o objetivo deste encontro era aperfeiçoar os projetos e não modificar os projetos. Desta maneira, os palestrantes ajudaram revisando a redação dos projetos e fazendo sugestões. Como já havíamos realizado o primeiro módulo do nosso projeto, expomos o resultado. A reação positiva do médico Venezuelano aos conselhos foi bastante celebrada pelos participantes do curso, majoritariamente favoráveis ao programa Mais Médicos.

As apresentações ocuparam a maior parte do tempo neste terceiro encontro. Outra questão que ocupou bastante tempo foi o agendamento das datas das multiplicações; não poderiam acontecer duas no mesmo dia para que os professores palestrantes pudessem comparecer em todas e para que os outros participantes tivessem a oportunidade de participar dos eventos dos outros grupos. Com tempo reduzido, a palestra final foi uma pequena introdução aos modelos de democracia, que infelizmente não pude assistir por questões pessoais.

Nosso grupo seguiu se reunindo semanalmente para planejar a execução dos próximos módulos do nosso projeto. O segundo previa que, em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde, nos familiarizássemos com o território. Havíamos marcado uma caminhada pela comunidade para conversar com as lideranças locais, objetivando divulgar nosso projeto de multiplicação. Na véspera da caminhada, entramos em contato com o Coordenador da Unidade solicitando que ele selecionasse alguns Agentes Comunitários que pudessem nos acompanhar, contudo ele sugeriu que escolhêssemos os agentes pessoalmente no dia seguinte. Chegando à Unidade, solicitamos ao Coordenador que nos apresentasse aos Agentes, para que pudséssemos dar início à nossa caminhada. Entretanto, ele nos informou que a opinião dos trabalhadores sobre a constituição do CLS havia mudado.

Mesmo que a médica falecida já tenha sido substituída, o Coordenador nos confessou que seu falecimento ainda era muito sentido pela equipe. Como ela era a mais engajada no CLS, ninguém queria “tomar seu lugar”. Outro fator que desmobilizava os trabalhadores era a reforma do prédio, que já se estendia por mais de quatro meses, causando um enorme transtorno para a rotina de atendimento. E finalmente, o fator decisivo para que a equipe tenha preferido negar o processo de multiplicação era o período do ano: novembro, muito próximo do período de festas e das férias.

O Coordenador nos permitiu entrar e conversar com a equipe, caso quiséssemos dissuadi-los, mas alertou: “desculpem a sinceridade, mas qualquer atividade que possa significar mais trabalho para eles será rejeitada. Nosso nível de estresse no final do ano é muito grande”. Em grupo, optamos por não conversarmos com a equipe.

Esta situação foi bastante surpreendente para nós, pois no primeiro encontro a recepção havia sido positiva. Saímos da Unidade diretamente para a sede da Gerência Distrital, onde o CDS possui uma sala, e começamos a reavaliar nosso projeto de

multiplicação. Fomos obrigados abandonar o plano anterior e criar um novo. No primeiro momento, decidimos realizar apenas uma palestra informativa com os Conselheiros dos CDS das regiões Norte e Eixo-Baltazar. Comunicamos o ocorrido aos professores que ministravam o Curso, que concordaram com a mudança do projeto. Como o prazo para realizar a multiplicação estava acabando (a última etapa do curso – um quinto encontro para avaliação – estava marcada para primeira semana de dezembro), nós nos mobilizamos para preparar o mais rápido possível a palestra. Em três encontros emergenciais, elaboramos um plano de divulgação, um roteiro da palestra e o material que usaríamos. Esta situação foi bastante estressante; dois membros do grupo se desentenderam e houve discussões em todos os encontros.

Apesar das dificuldades, conseguimos realizar a palestra com bastante êxito. Mesmo com a divulgação às pressas, sete Conselheiros de ambas as regiões participaram. Não irei detalhar como foi este encontro, pois estenderia ainda mais esta parte descritiva das atividades neste Trabalho. Apenas saliento que desta palestra foi criada uma Comissão de Educação Permanente para as regiões Norte e Eixo-Baltazar e que a Comissão se reúne mensalmente desde fevereiro para criar uma estratégia de capacitação para os CDS e CLS.

Figura 5 Foto do projeto de Multiplicação para Formação de Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde.



Em uma ocasião posterior à palestra, nosso grupo se reuniu mais uma vez para avaliar a nossa ação de mobilização. A avaliação foi bastante positiva, mas por uma carência metodológica, esquecemo-nos de avaliar os erros da mobilização na Unidade São Borja.

Em dezembro, no último encontro do Curso, todos os grupos apresentaram os resultados de suas mobilizações. Os professores avaliaram positivamente nossa palestra e a dos outros grupos também. Como o objetivo do Curso era iniciar o Projeto de Formação Permanente de Conselheiros do CMS, o grande grupo debateu a continuidade dos projetos de mobilização e os próximos passos para a expansão das multiplicações, visando abranger todo o município. No período em que muitos tiram férias de verão, em janeiro e fevereiro, houve uma pausa nos trabalhos, e em março as atividades do grupo reiniciaram.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das atividades descritas acima requer atenção. Inicialmente, acredito ser necessário uma auto avaliação: participar das reuniões do Núcleo de Coordenação do CDS, assumir a responsabilidade por divulgar o RI nos CLS e participar do Curso são todas atividades que não estavam planejadas originalmente no meu projeto de TCC. Por outro lado, meu compromisso com a participação popular e com o controle social podem ajudar a explicar o quão sedutor e interessante todas estas atividades me pareceram naquele momento.

A experiência de circular nestes espaços foi gratificante, ainda que tenha feito com que adiasse o início do processo de fomentar a constituição de um CLS indeterminadamente, até o momento em que não era mais possível fazê-lo. Não discerni em que contexto o Curso se inseria no meu TCC. Somente no meio do Trabalho, quando as atividades se tornaram incompatíveis, que constatei que o conteúdo do Curso não acrescentaria imediatamente na realização da intervenção. A falta de comunicação com a orientadora também causou alguns transtornos: não expus meu compromisso com a divulgação do novo RI, informei tardiamente minha decisão de não seguir adiante com o projeto original de fomentar a constituição do CLS, não a mantive atualizada em relação aos acontecimentos no Curso, principalmente no projeto de multiplicação. Todas estas desinformações dificultaram muito a redação deste trabalho, atrasando a delimitação de um referencial teórico de análise.

Como me engajei em compromissos do CMS, era visto como voluntário do CMS pela Secretária Joana e o Agente Jorge Alves. Apesar de fugirem do foco do projeto inicial, aprendi muito com as atividades desempenhadas neste período e acredito que não teria este conhecimento se tivesse apenas executado a intervenção planejada.

Analisando a proposta inicial, existe um questionamento teórico que não fiz previamente, relativo ao papel do interventor. A existência de CLS desativados, mesmo após a assessoria da Joana, e o conflito que ocorreu na UBS Rubem Berta, no qual as decisões tomadas durante a minha presença foram revertidas na minha ausência, remetem a um tema abordado por Fonseca (2011), no qual o autor relata as objeções que a constituição de instituições participativas desencadeados por atores externos:

“...os facilitadores geralmente fomentam as Instituições Participativas de uma forma padronizada nas várias localidades e geralmente não têm capacidade para adaptar tais institucionalidades às relações de poder locais. Ademais, a implementação padronizada dessas instituições pode potencializar o efeito das desigualdades de poder entre atores locais [...] Caso haja um rompimento repentino da contratação desse indivíduo, pode haver um fracasso ou mesmo dissolução do processo participativo, se as condições necessárias para sua continuidade no longo prazo não tiverem sido providas.”(Fonseca, 2011: pg.166)

A colocação do autor descreve perfeitamente o tipo de intervenção que havia planejado, principalmente quando pressupõe que as instituições se dissolvem depois da partida do interventor. Este tipo de ocasião ocorreu em alguns Conselhos em que Joana assessorou. Como minha metodologia de constituição de um CLS estava baseada na dela, existia a probabilidade de os resultados da intervenção não serem duradouros.

Sobre o CMS, existem algumas questões que também valem ser destacadas. Pude observar a carência de infraestrutura. Falta à instituição recursos humanos e financeiros. Não são todas Unidades que possuem CLS, apesar de serem obrigatórios por lei, e não existe maneira de responsabilizar ninguém por isso. Apesar da questão da dependência destacada por Fonseca, o trabalho de constituição de CLS realizado pela Secretária Joana é único na cidade e por isso fundamental, ainda que insuficiente. O município possui 147 serviços de atenção básica de saúde (94 USF e 53 UBS); deveriam ser realizadas 147 reuniões de Plenários de CLS por mês. Supondo que não existisse dependência da Joana, e que todos CLS estivessem em atividade, ainda não haveria condições de uma única pessoa realizar o assessoramento de todas as unidades.

Existem também problemas de comunicação que afetam o funcionamento do CMS. Os informes do Conselho deveriam chegar aos CLS através da rede: representantes transmitem informações para representados, até chegar às unidades locais. Contudo, pelas razões mais distintas (por exemplo: desafeto entre o Coordenador do CDS e o Coordenador do CLS) esta rede nem sempre funciona. Quando esta comunicação não ocorre da maneira prevista, os servidores do CMS têm de intervir. A Secretária Joana não precisaria visitar as unidades para divulgar o novo RI se a rede funcionasse como o preconizado.

Uma das funções primordiais dos Conselhos seria tornar a sociedade mais bem informada sobre o que acontece no âmbito das políticas de saúde. Segundo Moreira e colaboradores (2008 apud Santos, Vargas, Lucas 2011), o acesso à informação tende a aumentar o interesse da população pela participação. Quando as informações não circulam

com facilidade dentro das instâncias como o CMS, é possível que este seja um dos motivos para o afastamento dos conselheiros. Cortês (2011) destaca que não são apenas os Conselhos que são prejudicados. O acesso aos serviços e a programas sociais também é comprometido, caso os representantes que deveriam difundir as informações aos representados não o façam.

Outra circunstância que acontece especificamente em Porto Alegre é a instabilidade das equipes que trabalham nas Unidades de Saúde. Nos últimos dez anos, a contratação dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi administrada por diferentes instituições terceirizadas⁶. Devido à troca de administração, presenciei neste curto período de tempo algumas Unidades que mudaram de equipe. Esta instabilidade também se reflete nos CLS. A troca frequente de trabalhadores desestrutura o vínculo da equipe com os usuários, que é um dos princípios da Estratégia Saúde da Família. Além disso, o Coordenador da Unidade e os trabalhadores fazem parte da Coordenação do CLS e, segundo o RI padrão, os Coordenadores do CLS só podem ser substituídos em uma nova eleição. Esta situação causa um enorme desgaste da comunidade, que acaba realizando eleições antes dos mandatos terminarem devido à troca das equipes.

O CMS em todas suas esferas enfrenta o problema de garantir o real protagonismo dos usuários. Como já havia sugerido Paz (2003 apud Abers & Keck, 2008) sobre os Conselhos de Assistência Social, os gestores dificilmente aceitam o caráter deliberativo destes órgãos, relevando apenas a função avaliativa dos Conselhos. Isso se reproduz em escala reduzida nas Unidades de Saúde, através dos Coordenadores de Unidade.

E mesmo em arenas em que a participação deliberativa dos usuários seja estimulada, existe uma relação de hierarquia entre os usuários e os profissionais/gestores. Os Conselhos gestores de políticas públicas, na sua maioria, estão vinculados ao Poder Executivo. Assim sendo, os representantes governamentais possuem certo grau de hierarquia nessas instâncias. Apesar do regimento da maioria das instituições de participação preconizar a equidade numérica, a disputa de forças é desigual (Fonseca, 2011).

⁶ Ação Direta de Inconstitucionalidade movida por entidades de categorias da saúde que relata a maneira que são realizadas as contratações de ESF em Porto Alegre: <http://www.andes.org.br/imprensa/noticias/imp-ult-570241533.pdf>

No caso da área médica esta questão se acentua. D'Ascenzi (2006 apud Lima, D'Ascenzi, 2013), que analisou o processo de democratização do planejamento da Saúde em Campinas através de uma etnografia em uma ESF, argumenta que, apesar da criação de instituições democratizantes, as relações de poder estabelecida entre categorias profissionais e entre os profissionais e os usuários acaba se reproduzindo nos espaços de participação. Esta relação de hierarquia pode inibir a participação propositiva. Para D'Ascenzi, há usuários que só conseguem destituir esta relação hierárquica quando utilizam os Conselhos como instrumento de represália aos trabalhadores, causando a impressão de que os usuários e os trabalhadores da saúde são oponentes, caso que pude presenciar no relato da técnica de enfermagem da UBS São Borja.

Além da resistência dos gestores e da questão hierárquica que restringem a deliberações dos Conselhos, existe outro ponto importante: quando os CLS e CDS assumem o formato exclusivamente fiscalizador, há uma grande tendência de que os usuários mais propositivos procurem outras instituições participativas que possibilitem melhores resultados (Cohen, 1997 apud Avritzer 2011, Landerdhal colaboradores, 2010; Souza apud Matta 2007) como o Orçamento Participativo, por exemplo. Cunill Grau (2010 apud Brasil, 2013) afirma que muitas instâncias e órgãos de participação social podem acabar por pulverizar o controle social, enfraquecendo as instituições, que acabam perdendo sua capacidade para incidir nas políticas públicas.

Apesar das dificuldades encontradas, os servidores e conselheiros do CMS de Porto Alegre aparentam ser bastante comprometidos com o controle social. A criação do Projeto de Formação de Educadores para o Controle Social demonstra o esforço da instituição em qualificar seus membros. Quanto mais qualificados, mais propositivos são os conselheiros (Saliba e colaboradores, 2009 apud Santos, Vargas, Lucas, 2011). Esta capacitação também é importante visto que o processo de educação contínua dos conselheiros é decisivo para a desconstituição de vícios (como o clientelismo entre representante e representados ou a submissão perante o assistencialismo do Estado) que por vezes condenam o funcionamento da instituição (Alencar, 2012). Além disso, quando os usuários se apropriam dos termos técnicos e da compreensão de algumas expressões de linguagem culta - muitas vezes utilizadas nas arenas de participação social - diminui a relação de dominação que coíbi os cidadãos menos instruídos de se manifestar (Fonseca, 2011). Pensando nos Conselhos como instrumentos de

transformação social para além da sua finalidade institucional, Demo (2001 apud Santos, Vargas, Lucas, 2011) ressalta-se que a educação, de maneira ampliada, também “pode contribuir para burilar o saber e o pensar a ponto de contribuir para a constituição de sujeitos capazes de mudar a sua história”.

Tenho também algumas considerações sobre a tentativa fracassada de constituição do CLS na UBS São Borja que realizamos no Curso. Côrtes (2009) salienta que o envolvimento dos atores estatais é decisivo para o funcionamento de mecanismos participativos. O projeto que desenvolvemos no Curso estava alinhado a este conceito, pois iniciava com a conscientização dos trabalhadores da Unidade. Porém é preciso questionar o quão dependente são as instituições da participação dos atores estatais. A situação dos trabalhadores da Unidade São Borja talvez não fosse a mais favorável para a intervenção, devido à reforma na sede, entretanto, quando os atores estatais não estão dispostos à criação de instituições de participação, fazem-se necessários mecanismos para que a sociedade possa ocupar e gerir estes espaços.

Mesmo a Secretária Joana, que executa este trabalho profissionalmente, obtém êxitos e fracassos na constituição de Conselhos, o que reforça a o conceito de Fonseca (2011) de que não existe uma fórmula pronta. O que pude constatar é que existem tendências apontadas pelos autores que podem servir de referência para o desenvolvimento da abordagem a ser utilizada; contudo, cada local requer uma metodologia adaptada àquela realidade e àquele contexto, que dê conta das características de cada comunidade.

Sobre os questionamentos que levantei durante o trabalho em relação ao modelo de Implementação dos Conselhos, acredito que não foi possível estabelecer um padrão. A dificuldade de classificar esta política nos enfoques *top down* e *bottom up* inicia na Formulação. Como os Regimentos foram elaborados pelo próprio público alvo da política, pode se supor que seja uma Implementação *bottom up*, considerando o envolvimento destes atores na Formulação e gestão .

Todavia, a inserção destes atores na etapa de Formulação também pode ser considerada uma metodologia *top down*. Van Meter & Van Horn (1975 apud Segatto 2012), defensores do enfoque *top down*, sustentam que incluir outros atores no processo de Formulação é apenas um recurso que qualifica o trabalho dos técnicos, porém o processo de Implementação deve ser controlado e programático: o que foi formulado deve ser aplicado

ipsis litteris. Van Meter e Van Horn afirmam que os potenciais problemas de Implementação apontados pelos *bottom upers* podem ser eliminados se os implementadores forem incluídos na Formulação da política. Entretanto, esta teoria não abre mão de uma Implementação padronizada, sem margem para interpretações; trata-se portanto de uma releitura da Implementação *top down*.

O papel dos profissionais da saúde na Implementação dos Conselhos influencia minha análise. Todas teorias, tanto as *top downers* como as *bottom uppers*, pressupõem que as políticas sejam implementadas por burocratas. Entretanto, os únicos burocratas do Conselho são a Secretária Joana e os outros cinco servidores. Todos os outros profissionais da saúde que exercem funções dentro dos Conselhos (CMS, CDS e CLS) são voluntários. Muitos assumem a responsabilidade de implementadores, porém não são qualificados para isso. Esta situação acaba gerando uma grande disparidade entre o que é realizado nos Conselhos Locais com o que é proposto pelo CMS no Regimento Padrão.

Acredito que a discussão sobre o tipo de política, neste caso, é mais importante do que o modelo de Implementação. Alguns autores que já estudam este tema. Vaquero (2007) fazem um estudo sobre Implementação em que reservam um capítulo para analisar os autores que abordam os tipos de políticas. Enquanto a política de participação se confundir com a política de saúde, em que ela está inserida, será muito difícil reconhecer qual o tipo de política e qual a melhor metodologia de Implementação.

Minha inserção durante a pesquisa exploratória e durante a realização do Curso, principalmente no projeto de multiplicação na UBS São Borja, demonstra que exercer a função de constituir os Conselhos requer conhecimento sobre o a Implementação das políticas de participação, assim como das políticas de saúde em geral. As adversidades que tive na realização destas tarefas se constituíram nos principais dados sobre os quais construí as reflexões desenvolvidas neste Trabalho.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERS, R.N; KECK, M.E. Representando a Diversidade. Estado, sociedade e “relações fecundas” nos conselhos gestores. CADERNO CRH, Salvador, v. 21, n. 52, p. 99-112, Jan./Abr. 2008.

ALENCAR, H. H. R. Educação Permanente no Âmbito do Controle Social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. Saúde Soc. São Paulo, v.21, supl.1, p.223-233, 2012

AVRITZER, L. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: Mapeando o debate. In: PIRES, R.R.C. (Org). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde, 2011. p.138-172.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 05 de outubro de 1988.

BRASIL. Decreto n.5.839, de 11 de julho de 2006^a. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de saúde e de outras providencias.

BRASIL. Decreto n.7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990^a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Lei n.8.142, de 28 de dezembro de 1990^b. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema único de Saúde - SUS.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. Programa Gespública - Participação e Controle Social: Instrumentos jurídicos e mecanismos institucionais; Brasília; MP, SEGEP, 2013. Versão 1/2013.

BRASIL. Relatório final da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília: 1992.

CICLO de políticas públicas. 2011. P.33-60 Online: disponível em: < > Acessado em março de 2015.

CÔRTEZ, S.V. (Org.). Participação e Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

CÔRTEZ, S.V. Instituições participativas e acesso a serviços públicos nos municípios brasileiros. In: PIRES, R.R.C. (Org). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011.

FONSECA, I. Relações de poder e especificades do contexto em fóruns participativos. In: PIRES, R.R.C. (Org). Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Brasília: Ipea, 2011.

HARGROVE, E.C. The missing link. Washington: The Urban Institute, 1975

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. Política Pública: seus ciclos e subsistemas. Uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

KUJAWA, H.; BOTH, V; BRUTSCHER, V. Direito à Saúde. Centro de Educação e Assessoramento Popular de Passo Fundo (CEAP). Passo Fundo, 2005.

SAVARD, J.-F.; R. BANVILLE “Policy Cycles,” in L. Côté and J.-F. Savard (eds.), Encyclopedic Dictionary of Public Administration, 2012. Disponível em: <www.dictionnaire.enap.ca> Acessado em março de 2015.

LABRA, M.E.; FIGUEREDO, A.J. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 7(3):537-547, 2002.

LANDERHAL, M.C.; UNFER, B; BRAUN, K.;SKUPIEN J.A. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático? Ciênc. saúde coletiva vol.15 no.5 Rio de Janeiro Aug. 2010.

LIMA, L.L; D’ASCENZI, L. Implementação de Políticas Públicas: Perspectivas Analíticas. Revista de Sociologia e Política V.21, N° 48: 1001-110. Dez.2013.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Plano Municipal de Saúde 2010-2013 – 2010. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf>. Acessado em dezembro de 2013.

PORTO ALEGRE. Em Documentos Oficiais. Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. Resolução 52/2011. 2011. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/resolucao_52-2011.pdf> Acessado em novembro de 2014.

PORTO ALEGRE. Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2008. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/regimentointerno2008\[1\].pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/regimentointerno2008[1].pdf)> Acessado em novembro de 2014.

PORTO ALEGRE. Regimento Interno Padrão do Conselho Local de Saúde XX. 2013 a. Disponível em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_24_\(17.10.13\)_-_anexo_i.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cms/usu_doc/ata_24_(17.10.13)_-_anexo_i.pdf)> Acessado em novembro de 2014.

PORTO ALEGRE. Organograma da Secretária Municipal de Saúde. 2013 b. Disponível em:<http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/organogramasms.pdf> Acessado em novembro de 2014.

PORTO ALEGRE. Site do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. 2014. Disponível em: <<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/>> Acessado em dezembro de 2014.

SEGATTO, C.I; Análise da implementação de políticas públicas: o Programa de Alfabetização na Idade Certa em dois municípios cearenses. Revista Temas de Administração Pública, 7 (4), 2012, pp. 1-16. Disponível na Internet via <<http://seer.felar.unesp.br/temasadm/article/view/6189/4654>> Acessado em Janeiro de 2015.

SANTOS, S.F; VARGAS, A.M.D; LUCAS, S.D. Conselheiros usuários do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. Saúde soc. vol.20 no.2 São Borja Apr./June 2011.

SOUZA, W, S. Participação Popular e Controle Social na Saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social. In; MATTA, G. C.; PONTES, A, L, M. (Org.) Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

TEIXEIRA, E.C. Conselhos e Políticas Públicas: efetivamente uma nova institucionalidade participativa? In: CARVALHO, Maria do Carmo A.A. e TEIXEIRA, Ana Claudia (orgs). Conselhos Gestores e Políticas Públicas. São Borja: Publicações PÓLIS. N. 37. 2000. p. 99-119.

VAQUERO, B.R. La implementación de políticas públicas. Dikaion Revista, ano 21, n. 16, pp. 135-156. Universidade de La Sabana. Chía/Colômbia, Nov, 2007.

10.ANEXOS

1- Pesquisa realizada durante o estágio no CMS 02/2013.

1- IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE			
Unidade de Saúde:			
Coordenador			
Horário de atendimento			
UBS() ()USF Nº de equipes:			
2- INFRAESTRUTURA			
AREA	QUANTIDADE	CONDIÇÕES DE USO	
Consultório médico			
Consultório de enfermagem			
Consultório odontológico			
Sala de acolhimento (multiprofissional)			
Sala de Procedimentos			
Sala de Observação			
Sala de curativos			
Sala de coleta			
Sala de atividades coletivas			
Centro de material esterilizado (cme)			
Sala de dispensação de lixo contaminado, orgânico, seco			
Banheiro Usuário			
Sala de administração e gerência			
Área de dispensação de medicamentos			
Recepção (local para arquivo e registro)			
Cozinha			
Banheiro trabalhadores			
Sala para as ACS			
Outros:			
Situação do terreno (alugado ou próprio):			
2.1- MANUTENÇÃO REGULAR DA INFRA-ESTRUTURA? () Sim () Não			
3- RECURSOS HUMANOS			
Categoria Profissional	Nº Funcionários		Tipo de Vínculo
	Efetivo	Falta	
Dentista			
Enfermeira			
Médico			
Técnicos de Enfermagem			
Auxiliar de Enfermagem			
Administrativo			
Técnico em Saúde Bucal			
Auxiliar em Saúde Bucal			
Agente Comunitário de Saúde			
3.0 (apenas para ESF) Equipes completas? () Sim () Não			
3.1- Horário de funcionamento visível para os usuários? () Sim () Não			
3.2- Trabalhadores com crachá visível? () Sim () Não			
3.3- Quadro de funcionários visível, completo e com respectivas cargas horárias? () Sim () Não			
3.4- Realizam reuniões de equipe para planejamento de ações, monitoramento e avaliação			
3.5- O planejamento de ações, monitoramento e avaliação são discutidos no CLS? () Sim () Não			

Comentários:			
4- RECURSOS DE INFORMÁTICA / SISTEMAS			
4.1- Equipamentos de informática	Quantidade	Condição de uso	
	Efetivo	Falta	
Impressora			
Computadores			
4.2- Acesso Internet: () Sim () Não			
4.3- Quais as atividades na Unidade de Saúde estão informatizadas? O CLS tem acesso ao computador?			
5- DIRETRIZES/ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO A SAÚDE NA UNIDADE			
5.1- Território Adstrito (submetido): () Sim População: _____ () Não			
5.2- Portadores de deficiência, gestantes, idosos são atendidos com equidade? () Sim () Não			
5.3- Há trabalhos em grupos? Como são divulgados? () Sim () Não Quais			
5.3.1 - Quais as medidas tomadas?			
5.4- Acolhimento e escuta de idos(as) usuários(as): () Sim () Não			
5.4.1- Composição da Equipe Multiprofissional para acolhimento e horário:			
5.4.2- Técnica(s) utilizada(s):			
6. CONSELHO LOCAL DE SAÚDE			
6.1- Há CLS constituído e em regular funcionamento: () Sim () Não			
6.2- O CLS tem calendário de reuniões em local visível aos usuários: () Sim () Não			
6.3- O CLS mantém representação na CDS : () Sim () Não			
6.4- São realizadas reuniões do Plenário do CLS: () Sim () Não Média de usuários nas reuniões:			
6.5- Há coordenação Local de saúde eleita: () Sim () Não Mandato:			
6.6- O CLS já aprovou o seu Regimento Interno: () Sim () Não Quando foi aprovado?			
Observações:			
CALENDARIO LOCAL/HORARIO:			
CONSELHO LOCAL DE SAÚDE			
Representantes no Conselho Distrital de Saúde	Nome	Função	Nome
Coordenador(a):		Titular (usuários)	
Vice-coordenador(a):		Suplente (usuários)	
Coordenador(a) Adjunto(a):		Titular (usuários)	
Coordenador(a) Adjunto(a):		Suplente (usuários)	
		Titular (usuários)	
		Suplente (usuários)	
		Titular (trabalhadores)	
		Suplente (trabalhadores)	
		Titular (trabalhadores)	
		Suplente (trabalhadores)	
		Titular (trabalhadores)	
		Suplente (trabalhadores)	
		Titular (trabalhadores)	
		Suplente (trabalhadores)	

2- Digitalização do termo de compromisso entre o CMS e o aluno.



Este documento estabelece a parceria entre o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre e o aluno de graduação em Políticas Públicas, Pedro Henrique Ayete Silveira, com a finalidade da construção do Trabalho de Conclusão de Curso 1 do estudante.

Este Trabalho de Conclusão de Curso se enquadra dentro da proposta pedagógica do curso. O período da parceria não cria vínculo empregatício de qualquer natureza.

IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES:

INSTITUIÇÃO DE ENSINO: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Representante: Sérgio Roberto Kieling Franco - Pró-Reitor de Graduação (Portaria de delegação de competência nº 5641 de 08 de outubro 2012).
CNPJ: 92.969.856/0001-98
Endereço: DEMA/DECORDEI/PROGRAD/UFRGS - Av. Paulo Gama, nº 110 - Anexo 1 da Reitoria - Porto Alegre - RS - CEP 90046-900
Sítio: www.prograd.ufrgs.br - **E-mail:** estagios@prograd.ufrgs.br

PARTE CONCEDENTE:
Razão Social ou Nome: Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre
Nome do Representante: Joana Olívia Fernandes
Cargo do Representante: Técnica
Endereço: Av João Pessoa, nº525, Itoró - Porto Alegre - RS
CEP: 90040-000
Telefone: (51) 3228 0205 - **Sítio:** www2.portoalegre.rs.gov.br/cms/ - **E-mail:** cms@cms.profpos.com.br

ESTUDANTE-ESTAGIÁRIO: Pedro Henrique Ayete silveira
Data de nascimento: 14/05/1992 - **CPF:** 02455413063 - **Nº cartão UFRGS:** 194297 **Curso:** Políticas Públicas - **Ano:** 2014
Endereço: Av/Rua General Passos, nº 70 - Porto Alegre - RS
CEP: 90610240
Telefone: (51) 33918101 - **E-mail:** ph.ayete@hotmail.com

Cláusula 1 - São obrigações da Parte Concedente:
I - ofertar instrumentos que tenham condições de proporcionar ao Estudante atividades de aprendizagem social, profissional e cultural para que ele esteja capacitado na formação de um Conselho Local de Saúde.

Cláusula 2 - São obrigações do Estudante:
I - estar regularmente matriculado e frequente na Instituição de Ensino, em semestre e curso compatível com a prática exigida no Trabalho de Conclusão de Curso, bem como conhecer as normas da UFRGS e os critérios próprios (se houver) do seu Curso para sua modalidade de Trabalho de Conclusão de Curso.
II - apresentar documentos comprobatórios da regularidade da sua situação acadêmica, sempre que solicitado pela Concedente ou pelo Agente de Integração;
III - manter atualizados seus dados cadastrais e escolares;
IV - informar imediatamente qualquer alteração na sua situação escolar, tal como: trancamento de matrícula, abandono, conclusão de curso ou transferência de Instituição de Ensino;
V - comunicar à Parte Concedente os períodos de avaliações na Instituição de Ensino.

Porto Alegre, 14 de julho de 2014


Pedro Ayete
Estudante-estagiário
Assinatura


Joana Olívia Fernandes
Matricula 484540
Secretária Executiva CMSPOA

3 – Composição do Plenário do CMS/POA

USUÁRIOS	TRABALHADORES EM SAÚDE
Associação Comercial de Porto Alegre (inciso XX) 1	Associação dos servidores da SMS (inciso XL) 1
Associação de Pais e Amigos de Excepcionais de Porto Alegre - APAE(inciso XXII) 1	Centro dos servidores da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (inciso XLI) 1
Associação dos Docentes da UFRGS(inciso XLIV) 1	Entidades da Categoria dos Assistentes Sociais do Rio Grande do Sul (inciso XXXVIII) 1
Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural -AGAPAN (inciso XXI) 1	Entidades da Categoria dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul (inciso VII) 1
Associação Gaúcha de Diabéticos (inciso XLIX - Inciso promulgado pela LC 287/93) 1	Entidades da Categoria dos Farmacêuticos e Bioquímicos do Rio Grande do Sul (inciso XXXV) 1
Associação Gaúcha dos Deficientes Renais (inciso XXIV) 1	Entidades da Categoria dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Rio Grande do Sul (inciso XXXIX) 1
Central Única dos Trabalhadores do Rio Grande do Sul (inciso XV) 1	Entidades da Categoria dos Médicos do Rio Grande do Sul (inciso VI) 1
Centro dos Hemofílicos do Rio Grande do Sul CHERGS(inciso XXIII) 1	Entidades da Categoria dos Médicos do Rio Grande do Sul - AMRIGS (inciso XXXIV - inciso promulgado pela Câmara em 26/06/92) 1
Confederação Geral dos Trabalhadores do Rio Grande do Sul (inciso XVI) 1	Entidades da Categoria dos Nutricionistas do Rio Grande do Sul (inciso XXXVI) 1
Conselho Nacional de Igrejas Cristãs - CONIC (inciso XXV) 1	Entidades da Categoria dos Odontologistas do Rio Grande do Sul (inciso VIII) 1
Entidades da Categoria dos Trabalhadores Rurais de Porto Alegre (inciso XLIII) 1	Entidades da Categoria dos Previdenciários do Rio Grande do Sul (inciso XLII) 1
Entidades de Proteção de Defesa do Consumidor (inciso XXVIII) 1	Entidades da Categoria dos Psicólogos do Rio Grande do Sul (inciso IX) 1
Federação das Indústrias do Rio Grande do Sul (inciso XIX) 1	Entidades da Categoria dos Veterinários do Rio Grande do Sul (inciso XXXVII) 1
Força Sindical no Rio Grande do Sul (inciso XVII) 1	Federação dos Empregados em Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul (inciso X) 1
Grupo de Apoio e Prevenção da AIDS - GAPA (inciso XXIV) 1	Representantes dos Trabalhadores dos Conselhos Distritais de Saúde (inciso XLVIII) 13
Representantes dos Conselhos Distritais de Saúde (inciso XLV) 26	TOTAL 27
Sindicato dos Municipários - SIMPA (inciso XXVI) 1	
Sindicato dos Servidores da Câmara Municipal de Porto Alegre - SINDICÂMARA (inciso XXVII) 1	
União das Associações de Moradores de Porto Alegre - UAMPA (inciso XVIII) 1	
TOTAL 44	

PRESTADORES
Associação dos Hospitais do Estado do Rio Grande do Sul (inciso XII) 1
Fed. das Associações de Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul (XLVI) 1
Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Rio Grande do Sul (inciso XIII) 1
Hospitais Universitários e de Ensino de Porto Alegre (inciso XLVII) 1
Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Casas de Saúde de Porto Alegre (inciso XIV) 1
Sindicato dos Laboratórios de Análises Clínicas do Rio Grande do Sul (inciso XII) 1
TOTAL 6
GOVERNO
1.ª Delegacia Regional de Saúde, da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (inciso IV) 1
Departamento Municipal de Água e Esgotos (inciso V) 1
Fundação Estadual do Bem Estar do Menor - FEBEM (inciso XXXIII) 1
Ministério da Educação (inciso XXXI) 1
Ministério da Saúde (inciso XXX) 1
Ministério do Trabalho (inciso XXXII) 1
Secretaria Municipal de Saúde (inciso I - Instituído 2 representantes pela LC 660/2010) 2
Secretaria Municipal do Meio Ambiente (inciso III) 1
TOTAL 9

4- Projeto de Formação de Educadores para o Controle Social



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE



Justificativa

A tarefa de ampliar a Rede de Controle Social na cidade está inscrita no Plano Municipal de Saúde como meta para 2014-2017 e, por este motivo, tem sido desencadeado um trabalho conjunto do CMS/POA com as Gerências Distritais de Saúde, num esforço articulado para a sua consolidação. No entanto, pela própria natureza voluntária que caracteriza a atividade de participação no Controle Social, nem sempre os segmentos têm apropriação de seu papel de conselheiro de saúde, causando dificuldades de sua inserção seja nos CLS's ou CDS's ou, ainda, em atividades como comissões de monitoramento e avaliação.

Portanto, há consenso por parte de todos os segmentos que compõem o Controle Social, de que os Conselheiros precisam estar mais bem informados a respeito de todos os assuntos relacionados à política de saúde, ou seja, precisam saber acessar os diferentes bancos de dados e informações, conhecer de forma atualizada a legislação e os documentos oficiais que tratam de programas, projetos, recursos, etc.

Da mesma forma, é necessário que a informação chegue de forma acessível e inteligível para o conjunto de usuários. Trata-se, ainda, de trabalhar a informação através de uma proposta de comunicação que viabilize maior apropriação dos conteúdos por parte dos Conselheiros.

Diante desta realidade, o processo de educação permanente é estratégico para a vitalidade e potência desses espaços de gestão democrática (ALENCAR, 2009) e a metodologia da multiplicação, através da educação popular, é imprescindível para o sucesso do desenvolvimento e resultados do *Projeto de Formação de Educadores para o Controle Social*.

Objetivo geral

O objetivo fundamental do *Projeto de Formação de Educadores para o Controle Social* é ampliar o corpo docente que compõe a Comissão de Educação Permanente, para o desenvolvimento do *Programa de Formação para Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre*.

Objetivos específicos

1. **ampliar** a capacidade de resposta do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre às demandas regionais por formação/capacitação/atualização dos conselheiros de saúde;
2. **comprometer** trabalhadores em saúde com a participação e com o Controle Social;
3. **apoiar** a Rede de Controle Social (nos serviços de saúde públicos e privados) através de eventos sistemáticos para o debate reflexivo e permanente sobre o Sistema Único de Saúde;
4. **desenvolver** metodologia apropriada para o trabalho pedagógico com as comunidades envolvidas.

Público-alvo

O *Projeto de Formação de Educadores para o Controle Social* destina-se aos trabalhadores de saúde da rede municipal do SUS (serviços próprios e contratados), em especial os que atuam em contato direto com a assistência e vigilância em saúde das comunidades. Os educadores deverão ter nível de escolaridade médio ou superior, sendo priorizado o perfil de aptidão para o trabalho em equipe, capacidade de comunicação e experiência com as temáticas envolvidas. Estima-se um grupo máximo de 17 (dezesete) pessoas.



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE



Além dos educadores, o projeto propõe a constituição de um segundo grupo, os monitores/conselheiros, que deverão atuar como apoiadores nos eventos de formação/capacitação/atualização dos conselheiros de saúde. Esse grupo deverá contar, no mínimo, com um conselheiro de cada um dos 13 (treze) Conselhos Distritais de Saúde.

Metodologia

Para a execução do *Projeto de Formação de Educadores para o Controle Social* será necessária a contratação de entidade com ampla experiência no campo da educação popular e com foco na Política Pública de Saúde. Tal entidade deve apresentar planejamento com o conteúdo programático para o Curso para Educadores para o Controle Social. Deve, ainda, elaborar e fornecer material didático e demais recursos didático-pedagógicos necessários, visando o melhor aprimoramento dos alunos.

O Curso para Educadores para o Controle Social será desenvolvido através das seguintes etapas:

1ª etapa: Contatos & Contratação

Contatos e formalização da contratação de entidade para execução do *Projeto de Formação de Educadores para o Controle Social* (março e abril de 2014).

Nesta etapa serão procedidos os trâmites de processo administrativo e de avaliação jurídica para contratação de entidade.

2ª etapa: Seleção dos Candidatos(as)

Seleção dos candidatos(as) (educadores e monitores) ao curso (abril de 2014), sob a responsabilidade da Comissão de Educação Permanente.

Nesta etapa serão construídos os critérios e perfil dos candidatos(as), fazendo-se contatos e entrevistas, tendo em vista que é condição *sine qua non* que os alunos, após o curso, assumam compromisso com o CMS/POA de se tornarem Educadores e devem apresentar um planejamento para desencadear um processo de multiplicação junto aos Conselhos Distritais de Saúde. E, para fins de obter a certificação, deverão colocar em prática o seu planejamento.

3ª etapa: Desenvolvimento do Curso

O Curso de Formação de Educadores para o Controle Social será desenvolvido em três módulos, que serão ministrados em três finais de semana (junho, julho e agosto de 2014).

Para cada um destes finais de semana será necessário locar um espaço, que proporcione: salas para as atividades pedagógicas (salas de estudo e 2 salas para grupos); estrutura para alimentação [café da manhã(2), lanche(4), almoço(2) e janta(1) por final de semana] e para alojamento dos alunos, que estarão envolvidos durante a sexta-feira em três turnos (manhã, tarde e noite) e no sábado em dois turnos (manhã e tarde).

Espera-se que, ao final destes três módulos, cada Educador, juntamente com o monitor/conselheiro, tenha concebido um planejamento para multiplicação do processo educativo vivenciado para os Conselheiros de cada um dos Conselhos Distritais de Saúde.

Espera-se, ainda, que os Educadores coletivamente decidam a forma e a quantidade de multiplicação, bem como quais Conselhos Distritais serão contemplados com a realização do Projeto Piloto.



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
COMISSÃO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE



O quinto módulo se dará pela experimentação de pelo menos dois Projetos Pilotos, ou seja, pelo menos dois dos planejamentos para multiplicação do processo educativo serão executados em dois dos treze Conselhos Distritais de Saúde. Este "estágio" dos alunos será acompanhado, monitorado e avaliado pelos ministradores do Curso para Educadores para o Controle Social. Tais Projetos Pilotos serão desenvolvidos entre os meses de setembro e outubro de 2014.

O sexto módulo se dará por meio de um Seminário de Avaliação e Certificação dos alunos, que será realizado em dois dias (sexta e sábado) do mês de novembro de 2014.

Recursos financeiros

As despesas com a execução do projeto correrão por conta das dotações orçamentárias : 4031 – CMS – Conselho Municipal de Saúde.

Referências

ALENCAR, Heloisa Helena R. de. *A educação permanente no âmbito do controle social no SUS – a experiência de Porto Alegre*. Saúde e Sociedade, v. 21, supl. 1, 2012, p. 223-233.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde - SUS*. Aprovada na 168ª /Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada entre 09-11 de agosto de 2006.

5- Projeto de Multiplicação “Reanimando a Participação popular na Vila São Borja”

CURSO DE FORMAÇÃO *CONTROLE SOCIAL*

PORTO ALEGRE

PLANO DE MULTIPLICAÇÃO

PASSOS

NOME DO CURSO

“Reanimando a participação popular na vila São Borja”

JUSTIFICATIVA

É reconhecida por todos, as dificuldades para que os conselhos de saúde exerçam suas atribuições definidas e garantidas pela legislação; esta pauta tem sido ressaltada e debatida pelas organizações governamentais e não governamentais, bem como pelos próprios conselheiros de saúde.

Há a necessidade do desenvolvimento de atividades de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, envolvendo conselheiros de saúde e demais sujeitos sociais.

Buscar fortalecimento do Controle Social no SUS, possibilitando, assim à sociedade, maior compreensão quanto a estrutura, funcionamento e o processo de construção deste modelo de saúde baseado em seus princípios e diretrizes, neste sentido, este curso é de significativa importância.

PÚBLICO

Usuários, trabalhadores e gestor da unidade de Estratégia da Família São Borja e demais moradores do território da ESF.

OBJETIVOS

GERAL

Apoiar a comunidade e trabalhadores da unidade de saúde para “reanimar” a participação popular na Vila São Borja.

ESPECÍFICOS

- a) Identificar as lideranças na comunidade da vila São Borja;
- b) Sensibilizar os trabalhadores da equipe de saúde e lideranças comunitárias para a importância da participação popular para o alcance de melhorias em saúde;
- c) Aprofundar e atualizar os conhecimentos sobre o SUS e o Controle Social;
- d) Estimular o processo eleitoral para a constituição do CLS da Vila São Borja;
- e) Oferecer apoio para educação permanente para a Coordenação eleita para o CLS São Borja.

DATA: 22 de Novembro e/ou 11 Dezembro de 2014

LOCAL: Salão Creche Estrelinha do Céu

CONTEÚDOS

- a) O que é o SUS, Controle Social e Conselhos de Saúde (conceitos, competências e normas), Políticas Públicas;
- b) Atribuições do Conselho Local de Saúde e dos conselheiros Locais de saúde;
- c) Oportunizar conhecimentos relativos à saúde da população e do serviço de saúde;
- d) Apresentação e comentários sobre as Leis 8080, 8142, Decreto Lei 1758, 141, outros;
- e) Oficinas sobre análise e preparação do mapa da saúde no território e região.
- f) Criação painel interativo na sala de espera da unidade de saúde S. Borja;

METODOLOGIA

1. Constituir, um Grupo de Trabalho em Controle Social (GTCS) com participação de trabalhador da ESF São Borja, para elaboração e desenvolvimento do Projeto de multiplicação para desencadear o processo eleitoral para a implantação do CLS São Borja;
2. Sensibilização da equipe de saúde da ESF São Borja quanto ao Controle Social a partir de pergunta impressa e roda de conversa: **Qual a importância do Conselho Local de Saúde para a unidade de saúde e seus trabalhadores? E para os usuários da ESF São Borja?**
3. Desenvolver uma “roda de conversa” para troca de experiências exitosas com a participação de outros conselhos locais de saúde da zona norte de Porto Alegre e com os moradores e trabalhadores da ESF S. Borja;
4. Oficinas, vídeos e rodas de conversa com os usuários da ESF São Borja para identificação das necessidades de atualização com relação ao Controle Social a partir de pergunta impressa: **“Na sua opinião o que é Conselho Local de Saúde? Qual a importância do Conselho Local de Saúde para a unidade de saúde e seus trabalhadores? E para os usuários da ESF São Borja?”**

AVALIAÇÃO

- a) Pelos participantes ao final de cada encontro/oficinas (que bom, que pena, que tal) em formulário impresso;
- b) Pelo Grupo de Trabalho em Controle Social ao longo do desenvolvimento do projeto.

RECURSOS NECESSÁRIOS

HUMANOS

- a) 01(hum) trabalhador da equipe de saúde da ESF São Borja;
- b) 05(cinco) participantes do curso de formação para o Controle Social.

MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- c) 300 folhas A4 para impressão;
- d) projetor multimídia;
- e) computador para apresentação de slides e vídeos;
- f) cafeteira elétrica;
- g) 2 pacotes de café com 1kg cada;
- h) 2 pacotes de açúcar com 1 kg cada;
- i) 100 copos descartáveis;
- j) 50 canetas esferográficas (25 azul e 25 vermelho)

- k) vídeo "a história do sistema público de saúde brasileiro", outros
- l) folderes do MS-SUS, CMS, outros.

PROVIDÊNCIAS

- Agendar salão junto à Escola Infantil Estrelinha do Céu;
- Identificar e conhecer as lideranças, conhecer a história da comunidade (sua formação, suas lutas, como se organiza, seus hábitos, formas de lazer, problemas, outros);
- Colher sugestão de dia e horário em que a comunidade mais participa;
- Colheita dos dados do território junto à equipe de saúde da ESF S. Borja;
- Preparar materiais impressos para as oficinas (leis, artigos, decretos, textos);
- Preparar folderes para a divulgação e chamamento dos usuários e trabalhadores da unidade de saúde São Borja;
- Gravar chamamento dos usuários para divulgação em carro som;