

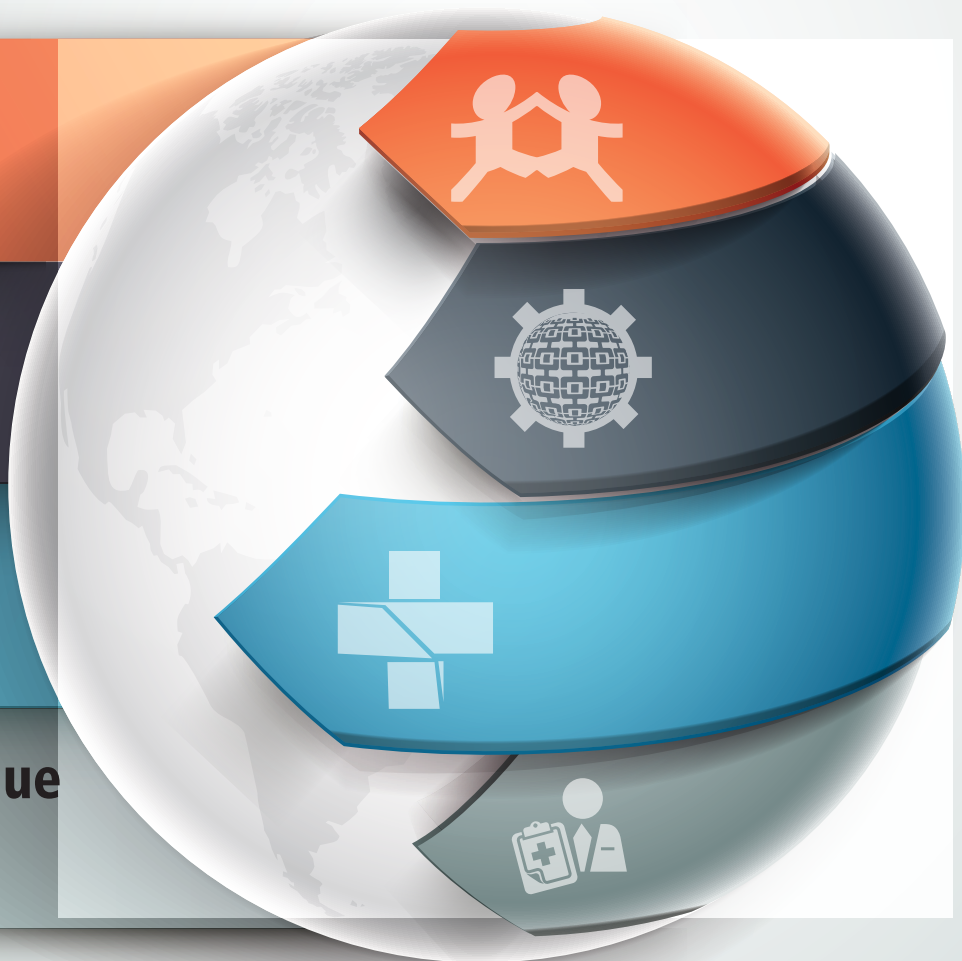
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS/OMS
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

INOVAÇÕES NA

PARTICIPAÇÃO

EM SAÚDE

Uma sociedade que
constrói o SUS



NAVEGADORSUS
Série Técnica Redes de Atenção à Saúde



Ministério da
Saúde



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

INOVAÇÕES NA PARTICIPAÇÃO EM SAÚDE: UMA SOCIEDADE QUE CONSTRÓI O SUS

FLAVIO GOULART
(Edição e Coordenação)

NAVEGADORSUS
Série Técnica Redes de Atenção à Saúde



Brasília – 2013

Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

Inovações na participação em saúde: uma sociedade que constrói o SUS. Brasília, DF: OPAS, Conselho Nacional de Saúde, 2013.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Participação Social. 4. Inovação. I. Conselho Nacional de Saúde. II. Título. III. Flávio Goulart (org).

ISBN 978-92-75-71784-4

(Classificação NLM: W84.6 DB8)

A Organização Pan-Americana da Saúde aceita pedidos de permissão para reprodução ou tradução de suas publicações, parcial ou integralmente. Os pedidos e consultas devem ser enviados para o Departamento de Gestão do Conhecimento e Comunicação (KMC) da Organização Pan-Americana da Saúde, Washington, D.C., E.U.A. (pubrights@paho.org). A Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (comunicacaoopasbrasil@paho.org) pode fornecer informações mais recentes sobre alterações no texto, planejamento de novas edições, e reproduções e traduções disponíveis.

© Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Saúde 2013.
Todos os direitos reservados.

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Pan-Americana da Saúde para confirmar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese a Organização Pan-Americana da Saúde deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.

Revisão técnica final: Newton Sérgio Lopes Lemos (Consultor OPAS/OMS no Brasil)

Grupo de Trabalho/Laboratório 2012:

Newton Sérgio Lopes Lemos (Consultor OPAS/OMS no Brasil)

Marcio Florentino Pereira (Secretário Executivo CNS)

Maria Cristina Pedro Biz (Conselheira CNS)

Nadir Francisco do Amaral (Conselheiro CNS)

Verônica Lourenço da Silva (Conselheira CNS)

Flavio Goulart (Coordenador Técnico)

Patrícia Queiroz Aucelio (Coordenadora Adjunta)

Marilena Vieira Gonçalves (Assistente Técnica)

Capa e Projeto Gráfico: All Type Assessoria Editorial Ltda.

Impresso em Brasília, DF.

Sumário

Apresentação	5
Capítulo I: Laboratórios de Participação e Inclusão de Cidadãos nas Políticas Públicas	7
O que são os Laboratórios de Inovação?	7
Sobre a inclusão de cidadãos nas decisões relativas às políticas públicas	9
Os resultados do primeiro Laboratório Inovação em Participação (2011)..	10
O segundo Laboratório de Inovação em Participação (2012)	13
Capítulo II: Participação e Democracia – Breve Marco Conceitual	15
Os desafios atuais do processo de Participação Social em Saúde	17
Desafios à participação: revisão de literatura recente	19
Participação com inovação: uma proposta de agenda	33
Capítulo III: Relatos das Experiências Selecionadas	37
Auditoria Cívica na Saúde em Imperatriz – MA	37
Folha de Lírio: Jornal Virtual de Saúde Mental em Joinville-SC	42
Comitê Municipal de Combate à Tuberculose em Manaus-AM	45
Oficinas de Planejamento Municipal de Saúde em Crateús-CE	49
Ouvidoria Itinerante em Maringá-PR	53
Educação Permanente dos Conselhos Municipais de Saúde em Goiás ..	57
Conselheiros Estaduais de Saúde por Área de Atuação – Pará	60
Mobilização pela redução da Mortalidade Materna e Infantil em Cuiabá-MT	62
Revitalização do Controle Social em Fortaleza-CE	65
Implementação de Deliberações de Conferência de Saúde em Betim-MG	68
Capítulo IV: Síntese Analítica e Conclusões	73
Desafios aos processos participativos	73
Abordagem por temas	76
Abordagem por eixos	90

Capítulo V:	Laboratórios de Inovação em Participação Social – Perspectivas Futuras	95
Anexo:	Síntese individualizada das experiências inscritas no segundo laboratório de inovação em participação social na saúde	99
	Recortes por eixos	99
	Eixo I – Implementação das deliberações das conferências de saúde (processos e/ou ferramentas para a inclusão das decisões das conferências nos planos de saúde/monitoramento de sua implementação)	99
	Eixo II – Controle Social (acesso, qualidade, intersetorialidade, financiamento, tecnologia de informação e comunicação na elaboração e monitoramento das políticas, ações e Serviços de Saúde)	101
Bibliografia		113

Apresentação

Caro leitor,

É com grande satisfação que a ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS no Brasil), em parceria com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e demais instituições colaboradoras, lança um segundo volume da série “Navegador SUS” dedicado para a difusão de experiências inovadoras em controle e participação social na saúde.

Esta compilação é fruto de um laboratório de inovação dedicado a este tema, cuja relevância na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) é inquestionável. O legislador constituinte do Brasil, em 1988, deu tanta importância à participação da comunidade nos temas da saúde que a definiu, no art. 198 da Carta Magna brasileira, como uma das três diretrizes fundamentais do SUS – junto à descentralização e integralidade.

Entendemos que a participação social seja essencial para que os sistemas de saúde consigam dialogar com as pessoas às quais servem. Todo o processo de definição, planejamento, execução, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde deve estar alinhado às necessidades em saúde da população. Em um cenário mundial onde observamos cada vez mais a insuficiência de recursos financeiros associada a uma crescente procura por serviços resolutivos e de qualidade, é imperativa a conjugação destes fatores segundo critérios que venham a priorizar ações inovadoras, efetivas, socialmente aceitáveis e produtoras de equidade e bem-estar para os indivíduos, famílias e comunidades.

As experiências descritas neste volume colocam os holofotes sobre os processos de participação social. Nosso objetivo é criar um espaço de difusão destas práticas exitosas, fornecendo novos elementos para que os gestores do SUS possam vislumbrar outras maneiras eficazes de se abordar questões do controle social em seus espaços de ação.

Convidamos a todos para apreciar os conceitos e relatos de prática contidos neste livro e para nos ajudar a disseminar seu conteúdo para todas as organizações interessadas em somar esforços na construção de um SUS cada vez mais inclusivo e apto a dar respostas adequadas às necessidades em saúde do povo brasileiro.

Nosso abraço fraterno,

Maria do Socorro de Souza
Presidenta do CNS

Joaquín Molina
Representante da OPAS/OMS no Brasil



Capítulo I: Laboratórios de Participação e Inclusão de Cidadãos nas Políticas Públicas

O que são os Laboratórios de Inovação?

A proposta dos Laboratórios de Inovação (LI) foi desenvolvida no âmbito da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS no Brasil) em sua cooperação com o ministério da saúde. Os laboratórios representam uma estratégia para promover e valorizar o desenvolvimento da gestão em saúde, aí incluído o processo de participação e controle pela sociedade, constituindo-se como espaços de análise de problemas e desafios para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os Laboratório de Inovação em Participação Social, com sua primeira versão em 2011 e uma segunda, objeto do presente relatório, em 2012, tiveram por objetivo propor aos diversos atores estratégicos do SUS (gestores, conselheiros, pesquisadores e cidadãos) elementos úteis que pudessem contribuir para a solução dos problemas relacionados ao processo de gestão. Tal conhecimento é fundamentalmente baseado em evidências de gestão oferecidas por estudos de casos de experiências reais, realizadas no contexto do SUS, por sistemas públicos de saúde de outros países e também por entidades não governamentais. Assim, a ideia do laboratório é valorizar as experiências significativas de inovação nas práticas de saúde, resgatando e analisando processos, ferramentas e instrumentos que foram desenvolvidos, inclusive no campo da participação social. Tal iniciativa possibilitaria, assim, transformar conhecimento teórico em conhecimento prático, bem como ajudaria a difundir as práticas vigentes, de forma a oferecer a todos os interessados o acesso a essas valiosas informações.

Em resumo, o objetivo principal de um LI é o de valorizar e sistematizar práticas, instrumentos e metodologias de trabalho inovadoras para a efetiva gestão do SUS, tendo como desdobramento, no caso presente, a facilitação e a dinamização do controle social em saúde.

O Conselho Nacional de Saúde, no ano em que completa 75 anos, considera que, de fato, muito que se comemorar em termos da participação e controle do sistema de saúde pela sociedade, no Brasil. Destacam-se muitos avanços alcançados, com efetivo aumento de participação da sociedade organizada, mediante o crescimento do número de conferências de saúde realizadas, a ampliação do arcabouço legal que dá sustentação às respectivas atividades, culminando com o atual processo de renovação de seus representantes, ocorrido em novembro de 2012, que levou a presidência uma usuária, representante da confederação dos trabalhadores da agricultura (Contag). O que se percebe, inquestionavelmente, é a atuação cada vez mais forte da sociedade civil organizada, atuando de forma mais ativa do que meramente formal, com um real salto qualitativo nos processos de participação em saúde.

Em tal panorama, todavia, não faltam dificuldades à procura de solução, que ainda se interpõem a avanços mais significativos, podendo ser citadas, entre elas, a debilidade das estruturas organizacionais dos conselhos, a baixa qualidade das discussões, as dificuldades de comunicação existentes entre os conselhos de saúde em todo território brasileiro e a permanência de limitações à ação dos conselhos, que devem explorar interfaces mais próximas com a sociedade em seu cotidiano. Somam-se a isso, as extensas agendas extensas dos conselhos, que por vezes lhes esgotam o tempo necessário para buscar estratégias e atuar na promoção da aproximação entre suas deliberações e as práticas concretas transcorridas nos espaços onde se produz a saúde.

Recente pesquisa do IPEA (Perfil e atuação dos Conselhos Nacionais de Saúde – 2012) demonstrou que embora haja representatividade expressiva da sociedade civil, particularmente no CNS, no qual ela chega a 83,4%, é preciso reafirmar e ampliar o papel de tais instâncias como espaços importantes de diálogo entre governo e sociedade civil, ressaltando a sua importância para democracia brasileira. A pesquisa aponta ainda para a necessidade de maior visibilidade relativa às atividades dos conselhos e destaca suas reconhecidas limitações de cunho administrativo e financeiro, encarecendo, assim, a

necessidade de aperfeiçoamento constante das respectivas secretarias executivas e de fortalecimento das articulações externas, como um caminho possível para o aumento da efetividade do controle social no país.

Assim, o CNS se associou à OPAS/OMS no Brasil na promoção deste segundo laboratório de inovação com foco na participação e inclusão dos cidadãos nas políticas de saúde, que, sem dúvida, trouxe à luz novas experiências bem sucedidas de participação em todo o país com inegável ação inovadora e resultados positivos.

Sobre a inclusão de cidadãos nas decisões relativas às políticas públicas

No sistema de saúde brasileiro, os conselhos de saúde e as conferências de saúde são os principais mecanismos legais que asseguram a participação social no setor. Entretanto, há outros momentos e espaços, institucionalizados ou não, nos quais não só os conselheiros de saúde do SUS, mas também a população em geral, podem e devem exercer a cidadania para fazer valer suas decisões e direcionar as decisões dos gestores, de forma a torná-las equitativas e coerentes com as reais necessidades de saúde do país.

Como desdobramento, o panorama dos atores envolvidos não se limita aos cidadãos usuários, dentro e fora dos conselhos formais, podendo abranger outros atores, como empresas privadas, instituições e agências públicas dentro e fora do setor saúde, organizações não governamentais, sindicatos, centros de estudo e pesquisa, entre outros.

Os processos de inclusão de atores sociais nas decisões de saúde trazem à tona conceitos diversos, como pactuação, parceria, participação, consulta, negociação, e assim por diante. A imagem mais frequente é aquela de diversos atores reunidos numa mesa, seja ela de natureza técnica, política ou social. Porém, a experiência ensina que nem sempre é preciso um cenário em que sejam exigidas reuniões formais, com pautas estruturadas e tempos delimitados, para se exercer a participação na implementação de políticas públicas, já que existem métodos alternativos que favorecem as interações entre os atores sem necessidade de espaços fechados com mesas e cadeiras.

A inclusão dos cidadãos nos processos decisórios relativos às políticas públicas é uma das mais importantes inovações introduzidas na administração pública. Dentro de tal lógica, o governo não é a autoridade que decide por todos, mas um a mais entre os diversos atores envolvidos, “um parceiro entre outros parceiros”. No caso da saúde, os conselheiros, em conjunto com os gestores e os outros atores estratégicos, passam a ter a responsabilidade de facilitar e acelerar a definição de prioridades e tomar as medidas necessárias para atendê-las.

Cabe destacar, ainda, que conduzir processos decisórios de natureza ampliada é uma tarefa difícil, que acarreta muitos riscos, como juntar um número grande de atores, criando, às vezes, polêmicas desnecessárias, conflitos, incompreensões e dificuldades de articulação. Também é possível o contrário, ou seja, deixar de fora atores influentes, que acabam se sentindo excluídos e se posicionando contra o processo. Nesse sentido, é importante lembrar que introduzir um processo decisório com inclusão de cidadãos pode atenuar os conflitos, mas também pode acentuá-los, se não for gerenciado com a devida atenção.

Os resultados do primeiro Laboratório Inovação em Participação (2011)

O primeiro laboratório de inovação em participação social, realizado em 2011, demonstrou amplamente, através das diversas experiências apresentadas, que os processos decisórios inclusivos constituem uma das mais importantes inovações introduzidas nas políticas públicas. Mas é preciso considerar que a inclusão dos cidadãos nos processos de participação e inclusão social não se dá de forma homogênea e linear em toda a sociedade. Assim, o que se viu nas variadas experiências, é que os processos de participação e inclusão ocorrem de forma distinta entre as diferentes regiões e localidades, em função do maior ou menor “estoque” de capital social, dos índices educacionais, das tradições institucionais mais conservadoras ou inovadoras, além de outros fatores.

Assim, processos participativos em políticas sociais devem ser compreendidos em suas diversas dimensões, como por exemplo; o lugar e o grau de eficácia que realmente ocupam e possuem no sistema de decisões dos mandatários; a clareza a respeito de quem são, efetivamente, os atores, bem como seu nível de integração e os tipos de práticas disponíveis no cenário; quem e como se definem as regras do jogo da participação e, finalmente, a clareza a respeito dos resultados e impactos desta participação.

É preciso lembrar, ainda, que existe toda uma “escala de participação” em função da qual os diversos processos de participação e inclusão devem ser contextualizados e analisados. Esta escala compreende desde a simples informação aos interessados, até a cogestão e a autogestão; desde a consulta facultativa ou mesmo obrigatória até a delegação efetiva de funções e prerrogativas.

Da mesma forma, não se pode ignorar as variadas tensões inerentes aos processos de participação e inclusão. Estas tensões são derivadas de alguns fatores, entre os quais podem ser citados: a possível competição com a representação legislativa formal; a variável margem de decisão, que configuraria em um poder real de participação, ou no seu oposto; o reconhecimento do saber dos participantes leigos confrontado com o dos especialistas e técnicos; a variável abertura e facilitação por parte das estruturas administrativas; a legitimidade e especificidade das demandas de determinados interessados em contradição com um olhar mais global da realidade; o custo material e simbólico da participação para os atores sociais e seus impactos sobre a qualidade do processo, entre outros. Constata-se, assim, a recorrência do “dilema da assimetria”, sempre presente no cenário social, entre determinados segmentos, que resulta, em última análise, em sua inclusão ou exclusão.

Feitas estas considerações gerais, algumas conclusões podem ser extraídas das experiências analisadas no laboratório de inovação em foco. São elementos fundamentais na garantia de processos de inclusão da sociedade nos espaços de decisão da política pública, conforme se vê no quadro a seguir:

1. Valorização da inserção do tema da participação no mundo e no Brasil, em particular, nas políticas de saúde e nas políticas sociais, como um todo, tendo como foco a inclusão dos cidadãos, não só na implementação, mas também na formulação e na avaliação dessas políticas.
2. Utilização de múltiplas ferramentas de apoio derivadas das tecnologias de informação e das redes sociais.
3. Inclusão da participação no cardápio dos movimentos sociais, não apenas em planos de governo, com o desenvolvimento de desejáveis círculos virtuosos entre gestores públicos e instituições da sociedade civil.
4. Busca da redução da distância entre o conhecimento leigo e o técnico-jurídico, bem como entre o direito instituído e o direito vivido no cotidiano das pessoas.

5. Inclusão progressiva de novos e marcantes atores nos processos de participação, além dos representantes governamentais e lideranças em geral, podendo ser citados entre eles: mulheres, minorias étnicas, empresas privadas, jovens, ONG etc.
6. Presença de temas e estratégias diferenciados no cenário: acompanhamento orçamentário; fiscalização do legislativo; orçamento participativo; participação na elaboração de normas e leis; caravanas e outros movimentos “de rua” para visibilidade pública; uso de indicadores; avaliação de políticas; questão ambiental, além do fortalecimento do processo democrático e da cidadania em geral.
7. Da mesma forma, incentivo ao processo de parcerias externas à moldura do órgão de gestão da saúde, como, por exemplo, ministério público, empresas privadas, igreja católica, ONG, outras secretarias de governo (ex. Educação e assistência social), bem como apoio ao voluntariado.
8. Tendência à neutralização de mecanismos tradicionais de dominação política e concomitante redução da passividade da população.
9. Não limitação das situações de controle social aos municípios grandes e das regiões mais desenvolvidas; ao contrário, revelação de interessantes experiências em municípios com padrão totalmente oposto.
10. Tendência à extrapolação da moldura normativa vigente, como a lei nº 8.142/1990 e a resolução nº 333/2003, no caso brasileiro, com a criação de comitês, conselhos de unidades, grupos de cidadãos, estratégias de mobilização massiva, novas formas de democracia direta etc.
11. Ação intermunicipal, escapando do municipalismo restrito que tem tradição no campo da saúde, pelo menos no caso do Brasil.
12. Ênfase na capacitação não só de conselheiros, mas também dos cidadãos em geral.
13. Desenvolvimento de processos de intercâmbio e conseqüente influência sobre outras experiências, configurando mecanismos horizontalizados de cooperação técnica e política.
14. Sustentabilidade como grande desafio, mas, sem dúvida, alicerçada na formação de lideranças comunitárias e no estímulo ao rodízio na condução das ações, através de processos de formação contínuos e abertos a todos os cidadãos, bem como na institucionalização das práticas, mediante sua incorporação ao arcabouço jurídico e normativo.
15. Foco nos processos de planejamento, com apoio em evidências, em bases de dados, em formulações demográficas e em indicadores confiáveis, nos quais já estão presentes os processos participativos.

O segundo Laboratório de Inovação em Participação (2012)

O objetivo da realização da segunda edição do LI, realizada em 2012, foi o prosseguir na identificação e na valorização de práticas participativas e deliberativas inovadoras, produzindo subsídios para os conselheiros de saúde e para os gestores. Neste sentido, foram admitidas para análise e seleção experiências inscritas por entidades nacionais, governamentais e não governamentais, além de instâncias de países da América Latina e Caribe. Em relação a estas últimas, contudo, as inscrições acabaram não ocorrendo. As experiências nacionais selecionadas foram apresentadas em seminário realizado em Brasília, no mês de novembro de 2012, sob a responsabilidade do CNS e da OPAS/OMS no Brasil.

No segundo Laboratório de Inovação, as experiências foram convocadas a se inscrever de acordo com dois eixos distintos, embora complementares, a saber: (1) implementação das deliberações das conferências de saúde. (2) controle social: acesso, qualidade, intersectorialidade, financiamento, tecnologia de informação e comunicação na elaboração e monitoramento das políticas, ações e serviços de saúde.

Admitiram-se para inscrição no segundo Laboratório de Inovação experiências que tivessem produzidos resultados práticos, já finalizados ou em curso, podendo concorrer conselhos de saúde, órgãos e instituições da administração direta e organizações do terceiro setor, com foco em estratégias inovadoras de participação e controle social na elaboração e monitoramento das políticas, ações e serviços de saúde. Os seguintes requisitos foram exigidos na descrição da experiência: (a) identificação da instituição proponente; (b) eixo/tema; (c) período em que foi desenvolvida; (d) resumo mediante roteiro estruturado; (e) atores envolvidos; (f) descrição das técnicas, ferramentas, métodos ou processos de trabalho utilizados; (g) idem quanto a resultados obtidos, além de conclusões, lições e recomendações propiciadas pelas práticas desenvolvidas.

O processo seletivo das experiências se desenvolveu mediante o cumprimento das seguintes etapas: triagem das experiências inscritas por grupo de trabalho *ad hoc*, formado por técnicos e conselheiros nacionais de saúde (leitura preliminar, análise da observância dos critérios do edital; seleção das melhores experiências, por eixos e temas); seleção das melhores experiências por meio de pontuação para cada um dos critérios

seguintes (relevância, caráter inovador, sustentabilidade, reprodutibilidade, clareza e objetividade na apresentação, alinhamento aos princípios e diretrizes do SUS, comprovação efetiva de resultados).

Foram inscritas 63 experiências, das quais 11 foram descartadas, por não preencherem os critérios do edital. Das 52 experiências restantes, dez foram selecionadas para compor a presente publicação. As experiências selecionadas ganham destaque analítico especial no presente texto, mas todo conjunto das inscritas e aprovadas é também considerado ao longo do mesmo, apresentando-se, no capítulo final, uma síntese geral das experiências.

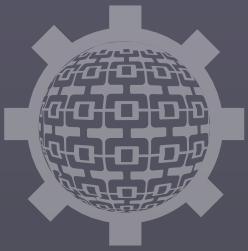
O quadro a seguir identifica as experiências selecionadas.

Eixo I: Experiências de ampliação da participação dos cidadãos nas políticas públicas de saúde

- Implementação das deliberações de conferências de saúde – Betim-MG.
- Revitalização do controle social de Fortaleza-CE.
- Mobilização pela redução da mortalidade materna e infantil – Cuiabá-MT.
- Educação permanente dos conselheiros municipais de saúde – Goiás-GO.
- Distribuição de conselheiros estaduais de saúde por área de atuação – Pará-PA.

Eixo II: Experiências com ênfase em novos instrumentos voltados para a ampliação da participação nas políticas públicas de saúde

- Auditoria cívica na saúde – Imperatriz-MA.
- Comitê municipal de controle da tuberculose – Manaus-AM.
- Ouvidoria em saúde – Maringá-PR.
- Jornal virtual da Saúde Mental – Joinville-SC.
- Oficinas de planejamento municipal em saúde – Crateús-CE.



Capítulo II: Participação e Democracia – Breve Marco Conceitual

Segundo Bobbio (1983), pensador contemporâneo que tem se ocupado extensivamente da questão da democracia e de outros temas correlatos, *democracia e participação* são conceitos históricos, com longa história, seja na forma de serem imaginados ou mesmo na prática concreta dos homens. E as contradições são múltiplas quando se fala de democracia, vislumbradas desde os gregos, seus fundadores, que não deixavam de lhe fazer ressalvas. Platão, por exemplo, dizia que a democracia seria apenas a melhor forma de governo entre as piores, ou seu oposto, a pior forma entre as melhores. Aristóteles, mais generoso, distinguia formas diversas de democracia, desde governos com participação igualitária de pobres e ricos, até a soberania da massa e não da lei, sendo esta última, para ele, a forma de governo mais corrupta e detestável.

Entre os romanos o conceito evoluiu e é de um de seus pensadores, Juliano, (citado por Bobbio) a afirmativa de que o povo deve criar o direito não apenas através do voto, ou seja, não somente *dar vida às leis*, mas também *dar vida aos costumes*, o que transcenderia ao simples exercício do voto.

No século 18, Locke, na Inglaterra e Rousseau, na França, defenderam posições relativamente antagônicas: o primeiro pela representação como verdadeiro mecanismo do exercício democrático; o segundo pugnando pelo exercício direto do poder pelos próprios cidadãos, podendo assim ser considerado o pai da participação social moderna, ao defender o *contrato social* e a *vontade geral* como entidades capazes de elaborar as leis mediante o uso do consenso e da participação igualitária de todos.

A Revolução Francesa representou um momento de experimentação de novas ideias, ao se contrapor à concentração do poder nas mãos de poucos, distribuindo-o, ao contrário, entre diversas instâncias grupais, institucionalizadas ou não. Assim, surge uma nova feição de governo, que o mesmo Bobbio denomina de *policracia* (governo de muitos).

O pensamento sobre a democracia e a participação evolui ao longo do século 19, tanto na tradição liberal como na socialista. Na primeira vertente, as palavras-chave são: *liberdade de associação, direitos individuais, poder de voto, representação*. Na outra vertente, de forma diferente, o apelo diz respeito à democracia *a partir de baixo*, também exercida de forma direta, abrangendo decisões tanto políticas como econômicas, envolvendo não só a sociedade política como a civil.

Esta última modalidade de pensamento terá profundos reflexos no século 20, com a formação dos *conselhos operários (sovietes)*, inicialmente na Rússia revolucionária e depois em outros países da Europa e, por hipótese, até mesmo na formação dos instrumentos de participação vigentes hoje no Brasil, pelo menos na área da saúde. Com efeito, Marx já havia vislumbrado nos episódios da comuna de Paris (cerca de 1870) o surgimento de órgãos governo ao mesmo tempo de ação legislativa e executiva. Lênin e seus seguidores trataram com entusiasmo o que chamaram de *nova democracia* dos conselhos, germe de um novo tipo de estado, capaz de contrabalançar alguns dos efeitos maléficos do capitalismo e dos débeis mecanismos da democracia política formal.

Ainda conforme Bobbio, *participação* é uma expressão altamente polissêmica e que, por isso mesmo, se acomoda a diversas interpretações, o que sem dúvida, prenuncia divergências em sua compreensão. Pode-se ter, por exemplo, a participação em que o cidadão não passa de simples expectador até uma situação de protagonismo de destaque nas decisões políticas. Entretanto, para que seja eficaz este protagonismo é de se supor que o ambiente onde a participação ocorra seja o mais isento possível de competição, o que geralmente não ocorre em sistemas políticos concretos, a não ser em pequenos universos, seja das organizações ou das comunidades.

Da mesma forma, pode variar em cada momento histórico, de uma sociedade para outra ou entre os diversos grupos sociais, sendo mais intensa, por exemplo, no segmento masculino, nas classes mais altas e mais letradas e nos cidadãos urbanos.

Godbout, um autor canadense que se inspira na considerável experiência participativa de seu país, chega a falar em uma *participação contra a democracia*, ao estudar o caso dos sistemas de serviços sociais e de saúde no Quebec, advertindo para pelo menos dois grandes riscos potenciais dos processos de participação social, na forma em que são conhecidos nas sociedades industriais contemporâneas: a necessidade de grande investimento de tempo e esforços intelectuais de quem participa do jogo e, por consequência, a freqüente captura que fazem do processo participativo aqueles grupos sociais mais bem posicionados quanto a tais recursos, ou seja, os funcionários públicos, não exatamente os usuários. Este autor admite ainda que a abordagem da participação social inspirada no marxismo e na luta de classes não é capaz, por si só, de explicar o fenômeno, embora seja largamente utilizada em toda parte, dado seu foco na produção e não no consumo de bens. Alerta também que seria principalmente na esfera do consumo que o cidadão pode praticar e influir no jogo da participação, o que significaria uma perspectiva reducionista em relação à mesma.

Os desafios atuais do processo de Participação Social em Saúde

Preliminarmente, deve ser destacada a trajetória da participação social em saúde no Brasil, ao longo das últimas décadas, que poderia ser descrita como a passagem de um *movimento ideológico a ação política*.

Assim, a participação social em saúde tem seu início a partir de processos micro políticos e locais, desenvolvendo-se na primeira metade do século xx, apresentando como características freqüentes a mobilização a partir do próprio estado, a informalidade e a não-institucionalização. Mais tarde a equação se torna mais complexa, pois começam a surgir movimentos dentro da própria sociedade e do estado. A ênfase deixa, então, de ser o *desenvolvimento da comunidade* e passa a ser as *reivindicações* e a categoria *comunidade dá lugar a povo*.

Os anos 90, de consolidação da redemocratização brasileira, dão lugar a novas transformações no conceito de participação, agora assegurada na própria constituição federal, promulgada pouco antes. As palavras de ordem passam a ser *controle social, busca de identidade, construção de cidadania, autonomia*. A partir deste momento, vínculos com

o poder executivo deixam de ser considerados espúrios e até mesmo passam a ser bem vindos.

O movimento de mudanças no conceito e na prática da participação social em saúde entre nós acompanha o que Paim (1983), focalizando mais especificamente os movimentos do *preventivismo* e da *saúde comunitária*, se refere como uma luta contra-hegemônica, que envolveu a construção de novos modelos de atenção à saúde, mediante componentes de *saber, ideologia e ação política*, com deslocamento da ênfase centrada meramente nos serviços para as condições de saúde e seus determinantes. Surge daí a expressão de *movimento ideológico a ação política*.

O conceito de *participação comunitária* viria a ter seu substrato teórico, político e ideológico consagrado e expandido na conferência internacional de alma ata, em 1978, a partir da qual ele se soma e até se confunde com as palavras de ordem geradas no evento, particularmente *atenção primária à saúde*. Assim, o componente da *participação* passa a fazer parte de um novo paradigma de saúde, acompanhado de outros elementos estruturais, tais como o coletivismo; a integração da promoção, prevenção e cura; a desconcentração e a descentralização de recursos e de poder; a adequação das tecnologias; a aceitação e inclusão de práticas não oficiais, interdisciplinares e multiprofissionais.

No Brasil, particularmente na década de 90, com o aprofundamento da reforma sanitária, as críticas à *participação como manipulação pelo poder*, vigentes das décadas anteriores, se atenuam bastante. As energias intelectuais e políticas irão se concentrar em encontrar soluções, não mais apenas em demolir as propostas colocadas em campo, vistas como eram sob uma ótica fortemente ideológica e até certo ponto conspiratória. É assim que, sem dúvida, ocorre a transformação daquele *movimento ideológico em ação política*, pois com a redemocratização do país abriram-se novas possibilidades, à luz do dia, dando agora voz e ação a atores diversificados.

Trata-se de uma trajetória de complexidade crescente das interações dos movimentos sociais com órgãos públicos e em articulações interinstitucionais, com uma verdadeira politização da esfera privada. Novos padrões de valores então se estabelecem, com vinculação ideológica e política entre as necessidades coletivas e seus condicionantes estruturais, dando margem à multiplicidade de dinâmicas participativas. Uma concep-

ção de participação via *conselhos* marca então presença no Brasil, com relativa legitimação do papel inovador de tais instâncias recém-criadas ou recicladas, facilitadoras da presença da sociedade civil na gestão pública, embora muitas vezes não escapem às críticas de que representem também certas tendências (neo) corporativas.

Assim, segundo Fedozzi et al (2012) a participação social constitui fenômeno relativamente novo na prática política brasileira, tendo na saúde um expoente reconhecido amplamente. Lembram, contudo, que no plano internacional, desde a década de 1960 alguns autores já alertavam que o termo “participação” havia sido incorporado pelo *establishment* e pela mídia, a ponto de banalizar-se e perder significado. Estudos sobre tal categoria confirmam que participação se apresenta com significados e estratégias distintos, emergindo em contextos de profundas mudanças socioeconômicas, políticas e culturais, com fortes repercussões não só nas estruturas de produção e de consumo, mas também nas relações sociais e nos modos de vida das populações.

Focalizando mais de perto o quadro brasileiro, deve-se admitir que o processo de participação em saúde é ainda uma construção inacabada, mesmo levando-se em conta que o país tem história acumulada neste campo, com avanços inquestionáveis. Mas devem ser lembrados também alguns dilemas mal resolvidos como, por exemplo, a promoção de expectativas, nem sempre concretizadas, entre os conselheiros de saúde e a sociedade, relativas a um suposto poder efetivo e autônomo de decidir sobre a política de saúde (Goulart, 2010).

Desafios à participação: revisão de literatura recente

Nesta seção são apresentados e discutidos alguns artigos recentes, que tratam não apenas dos conceitos relativos à participação social em si, mas também dos desafios e limitações que costumam se interpor face a tal processo. Não se trata, naturalmente, de uma revisão exaustiva, que escaparia ao escopo do presente texto, bem como do espaço disponível para tanto. Antes, se demonstram aqui algumas tendências e pontos centrais de análise que vem sendo apontados na literatura, em relação a tal recorte temático.

Em participação, cultura política e cidades, Fedozzi e cols. (2012), em trabalho já citado, à luz de referências teóricas sobre os temas da participação, da cultura política e das

idades, trazem contribuições ao debate acerca da democracia participativa e suas implicações na atualidade.

Preliminarmente recomendam esforços no sentido de se compreender melhor o fenômeno da participação social diante de um quadro, como o mais recente, de reduzida estabilidade e imprevisibilidade das condições de vida e de trabalho da população, que se sucedeu à fragilização do estado de bem-estar, com seu cortejo de precariedade, fragmentação social, volatilidade das relações, segregação urbana, além de confrontos culturais diversos. Em tal contexto é que surge uma marcante *crise da representação política*, caracterizada pelo distanciamento entre representantes e representados e pela diminuição da soberania popular. Isso sem impedimento de que a participação também possa ser dotada de componentes pedagógicos e conscientizadores, sendo assim fundamental para a manutenção do estado democrático.

Alguns conceitos são freqüentes nos estudos sobre participação. Por exemplo, a noção de *poliarquia*, colocada no cenário pelos defensores da chamada teoria pluralista, que aponta para a necessidade de limitação da centralização do poder da administração burocrática e/ou das elites, fazendo com que as políticas de governo possam ser influenciadas por contínuos processos de negociação entre numerosos grupos de interesses, aí se incluindo: patronais, sindicais, grupos étnicos, organizações ecológicas, grupos religiosos etc.

Por sua vez, as chamadas *teorias deliberativas da democracia* rejeitam a ideia liberal de que a democracia meramente se defina pela agregação de interesses ou de preferências através de um instrumento institucional qualquer. Em vez disso propõem que a legitimidade do processo democrático dever-se-ia ocorrer pela troca racional e intersubjetiva de argumentos, com a possível transformação dos interesses e das preferências individuais em fóruns deliberativos, mediante processos de reflexão associada às decisões coletivas que lhe dizem respeito.

Outra contribuição conceitual diz respeito à redução das expectativas relativas aos processos participativos, de forma indiscriminada, adotando-se, em contrapartida a ideia de *momentos deliberativos* dentro de uma dinâmica maior. Tal é o caso dos conselhos e conferências setoriais, como os de saúde; dos orçamentos participativos; da discussão

de planos diretores participativos, entre outros, que são processos atualmente comuns no Brasil.

A teoria do *capital social* é outra noção a ser compreendida. Em rápida síntese, ela se baseia na expectativa de que a existência de um tecido associativo ativo e calcado em repertórios baseados na noção de direitos igualitários é uma das pré-condições para o êxito da emergência de inovações participativas, como as redes de solidariedade, por exemplo. Alguns de seus componentes devem ser destacados, por exemplo, confiança, normas e sistemas de participação, aspectos que tendem a ser cumulativos e a se reforçarem mutuamente.

Uma corrente explicativa contemporânea, derivada das ideias de capital social é a da chamada *nova cultura política*, que corresponderia a uma mudança de normas e valores que se desdobra a partir da possível erosão das formas tradicionais de interação cívica e social, com a formação de novos conteúdos para a participação política. Tal mudança afetaria não apenas os conteúdos da agenda política, mas representaria também uma combinação de preocupações conservadoras, do ponto de vista fiscal, com atitudes mais liberais do ponto de vista dos costumes e estilos de vida.

Um outro Bobbio (2010) – não Norberto, já antes citado aqui, mas Luigi – um autor que se debruça sobre a realidade europeia, na questão da participação, lembra serem necessárias maior experimentação e maturidade em termos de experiências deliberativas. São reflexões bastante pertinentes em relação a um entendimento mais crítico de tal processo mesmo em uma realidade política e cultural distinta, como a brasileira. Ele debate criticamente a eficácia dos fóruns deliberativos, conforme os dispositivos adotados para processar a deliberação, delineando dilemas teóricos e práticos que então se estabelecem. Assim, ele se interroga sobre como concretizar as deliberações e quais resultados podem derivar de um fórum com tal objetivo. Argumenta ele que, em princípio, isso deve espelhar fidedignamente os processos que o precederam, devendo, ao mesmo tempo apresentar conclusões claras e inequívocas e que venham a comunicar eficazmente ao público os resultados almejados.

Ainda segundo Luigi Bobbio, trata-se, entretanto, de práticas em que tais critérios são potencialmente contraditórios, como acontece, por exemplo, nas chamadas “sondagens deliberativas” (*deliberative pollings*), que avaliam as mudanças de opinião dos partici-

pantes em dois momentos ou ao longo de um processo; na “representação dos discursos” no debate público, processo em que se catalogam temas, demandas, argumentos e posições surgidas durante o processo de deliberação; no enunciado de “recomendações”, tais como as que se produzem ao final das conferências de saúde bem como nas “votações” como modo de escolha entre alternativas.

Bobbio conclui que tais formas de “poder cidadão” representam processos longos e complicados, além de sujeitas a desvios de rota. Contudo, alerta, como este tipo de experiências se multiplica em toda parte (inclusive no Brasil), a reflexão crítica voltada para tal tema é altamente desejável.

Em Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos Conselhos de Saúde, Bispo Jr e Gerschman (2013) trazem reflexões sobre a relação entre democracia e conselhos de saúde, pressupondo serem os primeiros espaços de ampliação da democracia. Discutem as fragilidades do modelo representativo e o estabelecimento de novas relações entre estado e sociedade, face à nova gramática social e a complexidade de divisão entre as responsabilidades estatais e societais. Apresentam, ainda os princípios da democracia deliberativa face à ideia de democracia substantiva, compreendida como noção ampliada, que compreende a garantia de direitos civis, políticos e sociais.

A análise tem como foco principal os fenômenos surgidos a partir da segunda metade do século 20, com mudanças profundas nas relações entre estado e sociedade e novos comportamentos e posturas por parte dos atores individuais e coletivos, em um cenário que se denomina *nova gramática social*. São contextos em que as relações de força se modificam e a democracia representativa tradicional, como aquele que se almeja praticar no âmbito dos conselhos, é questionada quanto à capacidade de responder às demandas da sociedade, inclusive por maior participação.

Lembram ainda estes autores que, se por um lado, o discurso democrático apresenta-se nos dias de hoje como consenso e bandeira de luta dos diversos segmentos sociais, por outro sua defesa pode assumir diferentes perspectivas, com práticas por vezes antagônicas. É assim que a incorporação de atores sociais no interior do estado ao lado de representar um avanço democrático e de valorização da cidadania, também acarretou

algum desvirtuamento na atuação dos diversos representantes estatais e não estatais e na relação entre estado e sociedade. Como possíveis desvios daí derivados estão o clientelismo e a representação centrada em entidades pouco legítimas, com ações de defesa focalizada em interesses particulares.

Os autores em foco propõem, ainda, ampliar e revitalizar os conceitos inerentes ao poder deliberativo dos fóruns participativos, em termos do alcance coletivo do processo de tomada de decisões, e também das possibilidades de debate e troca de argumentos. Consideram que a verdadeira deliberação deveria corresponder à produção de decisões justas e corretas e ser o resultado da participação ativa e refletida dos cidadãos. Em outras palavras, que os processos deliberativos não existiriam apenas para produzir a unanimidade, mas sim para “revelar a razão pública e atrelá-la à vontade coletiva”.

Esses autores constataam, também, que no cenário brasileiro impera uma mobilização social fragilizada, apatia política, além de resignação e mesmo hostilidade dos cidadãos, o que dificulta o funcionamento dos conselhos, cuja abrangência extensa de competências também mostra efeitos limitantes na participação social, por requerer conhecimentos específicos, além de uma disponibilidade de tempo para a qual a maioria dos conselheiros não está apta.

Ressaltam ainda que o foco na “deliberação”, nos termos enunciados na lei 8142/90, é frequentemente objeto de polêmicas e mal entendidos, ao pressupor que decisões finais ocorrem apenas a partir das deliberações dos conselhos, o que não leva em conta que as decisões relativas à uma determinada política resultam sempre do embate de várias forças, de diversos atores e da pressão em diferentes arenas.

Em síntese, defendem que a consolidação de valores democráticos representa um processo gradual e lento, de aperfeiçoamento constante, envolvendo necessárias mudanças de culturais.

O livro *Participação e Saúde no Brasil* (2009), organizado por Soraya Vargas Côrtes, oferece uma reflexão bastante rica sobre o tema da participação social em saúde no Brasil, apresentando não só a trajetória do conselho nacional de saúde em seus 70 anos de existência, como apresenta metodologia e referencial teórico bem explicitados, em uma perspectiva inovadora para a compreensão da participação social em saúde no Brasil.

Assim, as perspectivas de análise sobre a participação em saúde partem da recusa a falsos dilemas, do tipo “os conselhos de saúde seriam deliberativos” ou “as relações entre os atores no interior desses fóruns seriam igualitárias”. De acordo com os autores, os conselhos são deliberativos no sentido em que discutem exaustivamente as questões da agenda setorial; e as relações em seu interior não são efetivamente igualitárias.

Identificam-se articulações entre atores sociais e estatais, formando às vezes o que se denomina “comunidades de políticas”, em rede, nas quais ficam difusos alguns limites formais entre estado e sociedade. Verifica-se, ainda, a existência não só de redes de relações entre atores sociais, mas também entre eles e os atores estatais, dentro da noção de “configuração de relações”, na qual a sociedade é concebida como sempre “se fazendo”, sempre em mudança, mesmo que de forma lenta e gradual. Dentre o grupo dos atores ditos “sociais”, reconhece-se que aqueles que representam profissionais e trabalhadores de saúde destacam-se em seu protagonismo e poder de influência nas decisões dos conselhos.

Ao analisar o funcionamento do CNS, constata-se que certo tipo de conselheiros, ou seja, os mais assíduos e que mais coordenam os pontos de pauta, são justamente aqueles que representam a sociedade civil. Dessa forma, o papel de tais conselheiros no processo decisório privilegia alguns temas, ao mesmo tempo em que faz restrições à ação dos representantes governamentais e de mercado.

Goulart (2010) lembra que a presença dos conselhos, em geral, no panorama das políticas públicas tem como aspectos comuns: a vinculação ao poder executivo, o estatuto de política de governo, os atributos de instância de consulta, acompanhamento e formulação de políticas, com o poder deliberativo atrelado (ou vinculado) às diretrizes previamente estabelecidas em leis e normas próprias de cada área de atuação. Contudo, ao lado disso, são notáveis as particularidades e exceções que a área da saúde apresenta, podendo ser arroladas: a presidência exercida por um ator não-governamental, a paridade auto-regulada, a escolha direta a partir das bases dos conselheiros usuários, além da ausência de regulação definida por lei em relação aos demais aspectos operacionais do conselho. Prevalece, ainda, um forte discurso autonomista, traduzidos por apelo ao poder deliberativo, defesa do processo direto de escolha de conselheiros, além da reivindicação de autonomia orçamentária e administrativa. Outra particularidade é a inclusão das conferências de saúde, também definidas como deliberativas e paritárias, como instrumento de participação social.

Considera o autor que, com tais particularidades e exceções em relação ao conjunto dos demais conselhos nacionais da área social, algumas tendências se apresentam no cenário da participação social em saúde, potencialmente geradoras de contradições e conflitos, sendo mesmo limitantes ao completo exercício de tal prerrogativa por parte da sociedade. Entre elas, podem ser citadas: a *autonomização*, levantando a expectativa social de que abrigariam um verdadeiro *quarto poder*; a *plenarização*, mediante a transformação dos conselhos em fóruns de debates permanentes entre os diversos segmentos sociais; a *parlamentarização*, com formação de blocos ideológicos e partidários e tomada de decisão mediante votação e não por consenso; a *profissionalização*, dadas as fortes exigências da participação social, abrindo caminho ocupação de espaços por grupos restritos formados geralmente por funcionários públicos e aposentados, além da *auto-regulação*, que representa uma particularidade praticamente exclusiva da área da saúde.

Conclui o autor que se torna preciso compreender, além de buscar superar os entraves e limitações daí derivadas, que existiria ainda certa distância entre o *idealizado* e o *real*, ou entre o *ideológico* e o *jurídico-administrativo*, como em relação ao atributo da *deliberação*, privativo do executivo, como afirmam e reafirmam as leis. Isso não impede, é claro, que muitas outras tarefas, também nobres, sejam normalmente assumidas pelos conselhos, como formular, mobilizar, fiscalizar, auto-regular-se, discutir, opinar, pro-

por, exercer visão estratégica em relação à política de saúde, como regem os próprios regulamentos do conselho nacional de saúde.

Lavalle (2011), em artigo intitulado “Após participação” justifica o prefixo “pós” da seguinte maneira:

“a institucionalização e capilaridade territorial de arranjos participativos diversos, e a magnitude de atores sociais envolvidos nesses espaços, colocarem um conjunto de problemas impensável a partir do registro original da participação como demanda de inclusão e de autodeterminação. Assim, ‘pós’ não remete ao mérito da participação em si, nem alude ao fato de as promessas associadas à ideia de participação terem se mostrado irrealizáveis, infundadas ou historicamente superadas – sentido amiúde associado ao prefixo ‘pós’ –, mas atenta para o fato de as questões cruciais terem mudado após a participação, ou, com maior precisão, após a institucionalização em larga escala de arranjos participativos”.

Aponta o fato de que a literatura sobre participação de décadas passadas se concentrava nos atores sociais e de parte da academia e sua ação perante os déficits de inclusão das instituições políticas e do crescimento econômico, ao tempo que reclamava mais autodeterminação em relação aos partidos e outros intermediários políticos. Nos anos da pós-transição democrática, contudo, a participação passa a fazer parte de uma “linguagem jurídica do estado”, com notável patamar de institucionalização.

Segundo o autor em foco, existiria mesmo um cenário de pesquisa e teorização pós-participativo apontando para a institucionalização e a capilaridade territorial com arranjos participativos diversos, pondo em destaque a magnitude e a variedade de múltiplos atores sociais envolvidos nesses espaços, colocando, de sua parte, um conjunto de problemas impensável a partir do registro original da participação como demanda de inclusão e de autodeterminação.

Pode-se falar, assim, no surgimento de inovações institucionais marcantes nas últimas décadas, com forte pluralização da representação política e uma nova roupagem de representação extraparlamentar com novas conotações, ou seja, se tornam partes de um

processo de pluralização institucional da democracia, mas, simultaneamente, admitem questionamentos a respeito da legitimidade dos novos atores da representação.

Lembra ainda Lavallo, que do ponto de vista da pesquisa empírica, diante de uma frente de trabalho ainda incipiente, o que se vê são dificuldades metodológicas acentuadas relativas à aferição de seus efeitos, o que impõe problemas de atribuição, isto é, de associação não espúria entre causa (participação) e efeito (*performance* da política, por exemplo).

Mas é certo que a institucionalização de arranjos participativos em larga escala revela os novos papéis dos atores sociais e suas funções no controle social de políticas públicas, ao mesmo tempo que privilegia, nos estudos concernentes, apenas certos atores, aqueles em condições de ocupar as novas posições institucionais, negligenciando, de certa forma, a escala microterritorial e os atores que atuam nos bairros como agentes empenhados no aprimoramento dos serviços públicos. Verifica-se, além do mais, que o plano microterritorial apresenta lógicas próprias, com atores engajados em repertórios diversos de controle de políticas públicas, mas não necessariamente orientados de forma setorial e nem de conformidade aos padrões de distribuição geográfica dos movimentos urbanos.

Textos essenciais para uma compreensão abrangente da participação social no Brasil são encontrados no livro editado pelo IPEA em 2011, intitulado *Efetividade das Instituições Participativas no Brasil*.

Nesta publicação, em capítulo em que são analisados os princípios e valores relativos à deliberação democrática, Almeida e Cunha apontam para que, sendo o Brasil um campo de experimentação participativa vasto e diversificado, a teoria democrática deliberativa tem sido aqui bem testada, com vastas possibilidades de operacionalização e resultados produzidos no seio das instituições participativas. Ressaltam o forte componente normativo e valorativo que impregna os efeitos da deliberação, apontando para a transformação do padrão de relacionamento entre estado e sociedade. Consideram, contudo, que existe também ausência ou fraca correspondência entre tais princípios e a operação realmente existente das referidas instituições, o que de certa forma acarreta frustrações

relativas às dificuldades de tais espaços em produzir resultados positivos em termos de deliberação democrática.

Contudo, em panorama mais recente, os estudos sobre potencial deliberativo ganharam mais substância, mostrando, por exemplo, que a capacidade de conselhos e dos processos de orçamento participativo, na produção de processos decisórios democráticos marcados pelo debate e contraposição de ideias, não pode simplesmente ser dada como garantida, mas é dependente de interação e combinação de certas variáveis, relacionadas aos contextos sociais e políticos. Assim as perspectivas atuais parecem ser mais realistas, ao incorporarem a dimensão de poder e as desigualdades dos espaços públicos, sem deixar de se preocupar com as marcantes consequências das desigualdades para a legitimidade democrática.

Apontam as autoras que o futuro da democracia deliberativa estaria relacionado com a produção de conhecimento permanentemente aberto à crítica e à revisão, realmente capaz de ser criativo e fértil para o aperfeiçoamento das instituições democráticas.

Em capítulo no qual se reflete sobre o momento presente e perspectivas futuras da participação, em função de seus fatores exógenos, Cunha, Almeida, Faria e Ribeiro demonstram que as teorias disponíveis ainda não foram capazes de estabelecer elos entre componentes e resultados específicos dos processos deliberativos. Faltariam, assim, explicações adequadas para que se relacionassem as condições necessárias e as características das práticas deliberativas, na produção de determinados tipos de resultados.

Torna-se necessário apreender que uma avaliação da qualidade dos processos deliberativos deve ser dotada de metodologia capaz de dar conta de variadas dimensões relacionadas à deliberação, tais como normas e aos fatores exógenos, já que não tem sido possível identificar maior interação e mutualidade de tais aspectos, no que diz respeito ao sucesso e à efetividade das respectivas instituições.

As várias políticas presentes no cenário brasileiro nas quais está presente o componente participativo mostram uma confluência positiva de desenhos institucionais, associativismo e projeto político, refletindo processos participativos e deliberativos de maior qualidade, ou seja, mais igualitários, plurais, inclusivos e públicos.

As pesquisas mostram também que a interação dos espaços deliberativos que tratam da mesma política pública constitui sistema bastante complexo. Daí deriva que as aná-

lises do impacto de conferências no processo deliberativo dos conselhos, bem como da possível interação entre os conselhos e as comissões intergestoras e entre os conselhos e o poder legislativo podem permitir a melhor compreensão dessas influências mútuas, similaridades e diferenças entre tais instâncias e os resultados deliberativos que produzem.

Em resumo, apontam para que a complexidade da democracia, com suas variadas instituições e possíveis interações que entre elas se estabelecem, demanda aprofundamento na apreensão de seu caráter complexo, para determinar a real qualidade dos processos e dos resultados que ali são produzidos.

O pesquisador brasileiro especializado em participação social, Marcus Brose (2011), traduz a questão da participação contemporânea nas políticas públicas em uma desafiadora pergunta básica: como transformar a indignação do cidadão e uma agenda positiva?

Considera, preliminarmente, que desde os anos 80 o panorama participativo brasileiro tem sido marcado pela criatividade e pela inovação, tanto por parte das organizações da sociedade civil, como pelo aparelho de estado, resultando daí a introdução de variadas ferramentas para operacionalizar a participação social. Nos anos 90, por sua vez, ocorreu a crescente institucionalização dos modelos e processos participativos em teste até então, tais como conselhos, fóruns, colegiados e similares. Assim, sem dúvida, o estado brasileiro tornou-se mais permeável à participação e ao controle social, mediante a incorporação de processos decisórios mais inclusivos. Foi um aprendizado coletivo de tamanha intensidade que o Brasil tornou-se referência nesta área, reconhecido internacionalmente.

Contudo, segundo Brose, superados os grandes embates ideológicos para democratizar as estruturas da sociedade brasileira, entre os anos 80 e 90 e tendo sido possível compartilhar com as democracias mais assentadas a busca pela transparência e controle social, surge, então um movimento, que vai das ações de caráter mais revolucionário e inovador a rotinas mais tediosas, por exemplo, de analisar peças orçamentárias, encaminhar denúncias, desenvolver indicadores de desempenho para políticas públicas etc.

Daí derivam novos conceitos de inovação na participação social, se afastando do tradicional conflito entre as demandas da sociedade e a resposta (ou ausência dela) por parte do estado, remetendo a discussão agora ao panorama dos novos atores que promovem a participação e ao esforço de garantir a sustentabilidade do controle social. Ainda assim, a experiência tem evidenciado que existem diferenças entre a introdução de ferramentas participativas e a sua internalização na vida política, de forma a viabilizar as soluções para conflitos relativos ao acesso ao poder.

Não se deve ignorar, lembra ainda o autor em foco, que existe no Brasil e fora dele longa e profunda tradição de estudos voltados para a identificação das melhores formas de consolidar a democracia através da participação e do controle social, como é o caso dos estudos sobre cultura cívica e capital social, desde os anos 1990, cujas ideias centrais, difundidas por Putnan na década anterior, originadas de estudos comparativos entre as diferentes regiões da Itália, apontam para que quanto mais ativa e diversificada a sociedade civil, maior será a qualidade democrática e melhor o desempenho dos governos. Mas não existe uma resposta única quanto à melhor forma de ampliação da participação e do controle social. Ao contrário, tal escolha dependeria, em grande escala, da visão de mundo dos tomadores de decisão e não apenas da montagem de uma caixa de ferramentas metodológicas.

Assim, o desenvolvimento metodológico de tais ferramentas participativas provavelmente ainda vai ser construído em sintonia com o desenvolvimento das políticas públicas ao longo do tempo, especialmente pelo fato de ser o Brasil uma sociedade marcada por limitações de fundo político e cultural, na qual a constante troca de gestores públicos limita a gestão do conhecimento e a continuidade institucional. A experiência tem reforçado o argumento de que a eficácia da transparência e do controle social depende menos da perfeição metodológica e mais da cultura e da vontade política. Isso indica que o desafio hoje, na busca por escala e sustentabilidade das práticas participativas, é bem mais complexo que os anos de experimentação metodológica e dos projetos piloto da década de 1980.

Em síntese, quanto mais hierarquizada e autoritária uma organização, menos participativa será sua relação com o cidadão, independente do tipo de ferramenta metodológica que aplica. O que implica em que a adoção de ferramentas participativas para promover a transparência e o controle social, também depende de ações complementares, como ações de desenvolvimento organizacional ou do saneamento das contas públicas.

Para se realmente avançar na promoção do protagonismo social, Brose lembra serem essenciais, além da análise detalhada de ferramentas participativas, também a divulgação e a incorporação de boas práticas inovadoras acrescidas de ações complementares para garantia de sustentabilidade dos processos participativos, tais como: educação; inclusão de conceitos básicos de democracia e cidadania; promoção de lideranças, com atenção especial para jovens e mulheres; rodízio de lideranças nos conselhos; assessoria técnica independente aos conselheiros; capacitação para acompanhamento e monitoramento do desempenho das políticas públicas.

Paolo Testa, autor italiano presente no primeiro Laboratório de Inovação em Participação Social, realizado em 2011, aponta para a existência um verdadeiro “imperativo de deliberação” na política social contemporânea, particularmente no nível local e regional, verificando-se um crescente número e variedades de processos de participação voltados para envolver diretamente os cidadãos nos processos políticos de decisão.

Neste aspecto, pelo menos quatro dimensões podem ser captadas em relação aos processos participativos. A primeira delas diz respeito às características procedimentais e a qualidade da deliberação, o que pode ser traduzido em questões como: qual é o grau de inclusão das práticas em foco? Que instrumentos e técnicas são adotados para se obter a informação mais completa e ao mesmo tempo imparcial possível sobre o objeto da deliberação? Quais instrumentos existem para se obter o esclarecimento discursivo da prática sobre a qual se deliberou? Idem para garantir uma informação completa e imparcial ao público beneficiário? Existem também instrumentos de seleção relativos ao acesso na arena das discussões?

A segunda dimensão é a das características dos atores envolvidos, envolvendo diretamente a questão: o que se privilegia – a intervenção de atores já organizados ou representação

de interesses de simples cidadãos individualizados? Ou ainda: remetem-se as questões em debate aos especialistas e quadros profissionais do setor ou aos cidadãos comuns?

Na sequência, Testa questiona o grau de sustentabilidade dos processos de decisão, em termos econômicos e institucionais. Por exemplo, na revelação dos contextos pertinentes às práticas deliberativas e o ambiente institucional, o grau de legitimação dos procedimentos e de seus resultados, bem como dos custos e benefícios respectivos, aferindo-se para tanto a percepção não só dos tomadores finais da decisão como dos apoiadores (*stakeholders*) e também das perspectivas de estabilização das práticas nos processos decisórios ordinários.

Finalmente, é discutida a dimensão relativa aos pontos de força e fraqueza das práticas, em termos de eficácia e eficiência em despertar os desejos e exigências dos cidadãos, bem como de produzir uma real solução de problemas para os casos em pauta, no âmbito da programação territorial, mediante a formulação de respostas publicizadas e com foco nas demandas efetivas dos cidadãos.

Assim, novos instrumentos de participação dos cidadãos nos processos de decisão política podem ser vislumbrados, tendo como referência uma classificação proposta por Luigi Bobbio (2004). São eles:

- a) as técnicas de ausculta aos desejos e demandas dos cidadãos, das quais um bom exemplo é a sondagem informada, que consiste no recolhimento, mediante critérios estatísticos, das opiniões de um número relativamente elevado de cidadãos selecionados, aos quais é oferecida uma informação completa e imparcial sobre o objeto em questão;
- b) as técnicas de interação construtiva: trata-se de despertar soluções inovadoras e criativas a determinados problemas de relevância pública. Neste campo, a experiência italiana destaca, entre outras práticas, a *open space technology*, o *e-town meeting*, bem como o *laboratorio de quartieri*. Este último possui duração maior que os demais, sendo dotado de continuidade por períodos de tempo médios e longos;
- c) as técnicas de resolução de conflitos, utilizadas em situações de controvérsias, buscando todavia soluções mediante consenso.

Entre estas podem ser apontadas o júri de cidadãos e o orçamento participativo, experimentado também na Itália, sendo considerado como a mais difusa das práticas participativas.

Participação com inovação: uma proposta de agenda

A breve revisão de literatura apresentada acima permite, sem dúvida, relacionar alguns tópicos constituintes de uma agenda atual em termos de participação social, em sentido mais amplo ou na saúde. Agenda esta sintonizada e coerente com momentos de grande mudança social como o presente, ou, nas palavras de um dos autores copilados:

... Com reduzida estabilidade e imprevisibilidade das condições de vida e de trabalho da população, que se sucedeu à fragilização do estado de bem-estar, com seu cortejo de precariedade, fragmentação social, volatilidade das relações, segregação urbana, além do confrontos culturais diversos. (Fedozzi et al. 2012).

Ou, ainda, em outra manifestação:

... Estabelecimento de novas relações entre estado e sociedade, face à nova gramática social e a complexidade de divisão entre as responsabilidades estatais e societais (Bispo e Gerschman – 2013).

Tudo isso, é claro, sem perder de vista as grandes conquistas possibilitadas por mais de duas décadas de práticas participativas, como as que vêm ocorrendo no Brasil. O desafio presente talvez seja o de não apenas “se fazer mais do mesmo”, mas procurar caminhos novos que superem o formalismo da lei 8.142 e o engessamento nas malhas burocráticas das instituições, além de, em outras palavras, “transformar a indignação do cidadão em uma agenda positiva”.

Tratam-se de estratégias e ações concretas que muitas vezes já estão em gestação e mesmo em fase operacional em diversas experiências governamentais e não governamentais trazidas à luz pelos dois laboratórios de inovação já realizados.

A listagem abaixo, naturalmente, não pretende ser exaustiva, mas busca situar alguns dos desafios presentes na análise do processo participativo, dentro de contextos sociais, políticos e culturais mutantes, podendo servir como roteiro para a busca de inovações reais nos processos participativos, fugindo da possibilidade de apenas “fazer mais do

mesmo”, em troca de inovar concretamente naquilo que sem dúvida representa uma das mais importantes inovações introduzidas na administração pública contemporânea.

1. Inclusão de novos atores, espaços e instrumentos de participação, de modo a compor um quadro compatível com uma “nova gramática social”, ao mesmo tempo com ultrapassagem e superação do formalismo vigente, aspectos que algumas experiências do presente laboratório, bem como do anterior, apresentaram.
2. Ênfase especial conferida às tecnologias da informação, que compõem um cenário de ferramentas participativas diversas, de baixo custo e ampla assimilação contemporânea, como também se vê em experiências européias e brasileiras.
3. Necessidade de valorização cada vez mais ampla do saber profano e da lógica do usuário face ao domínio habitual do conhecimento dos técnicos e dos especialistas.
4. Ampliação do sentido da “deliberação”, ampliando-o e revitalizando-o, em termos do alcance coletivo do processo e também das possibilidades de debate e troca de argumentos, com foco na produção de decisões justas e corretas, com participação ativa e refletida dos participativos, mediante processos que não produzam apenas a unanimidade, mas sim a revelação da razão pública e seu atrelamento à vontade coletiva.
5. Desenvolvimento de esforços visando maior compreensão do que Bobbio (2010) denomina de “representação dos discursos” presentes no processo participativo, o que deve incluir, certamente, a análise, a sistematização, a comunicação relativas aos conteúdos derivados da participação em debates públicos, em seus diversos temas, demandas, argumentos e posições surgidas durante o processo de deliberação.
6. Buscar de fato o que é “inovação”, bem como promover reflexões sobre os possíveis fatores que constroem o processo inovador verdadeiro, qual seja a transformação do conhecimento tácito em conhecimento explícito, facultando o acesso do mesmo aos demais atores interessados. Isso equivale a transformar os conhecimentos gerados nos processos cotidianos dos serviços e dos conselhos em práticas inovadoras efetivamente aplicadas, além de sistematizadas e orientadas para serem utilizadas em outros âmbitos e locais.
7. Por uma melhor compreensão do fenômeno da participação dentro de um panorama mutante, de reduzida estabilidade e imprevisibilidade das condições de vida e de trabalho da população, com seu cortejo de precariedade, fragmentação social, volatilidade das relações, segregação urbana, além do confrontos culturais diversos, conforme discutem Fedozzi e cols. (2012).

<p>8. Da mesma forma, apreender, compreender e sistematizar os diversos componentes pedagógicos e conscientizadores, bem como as possibilidades de trocas racionais e intersubjetivas de argumentos nos momentos deliberativos, característicos das boas práticas participativas, dentro de um contexto de “participação informada” (Testa).</p>
<p>9. Enfrentamento dos dilemas da <i>crise da representação política</i>, ou seja, o reconhecido distanciamento entre representantes e representados, com o advento de estratégias que promovam o aprimoramento de tal representatividade, a capilaridade dos efeitos deliberativos, bem como, a maior equalização das oportunidades de participação.</p>
<p>10. Ampliação do sentido da deliberação, com extrapolação da moldura normativa vigente, como a lei nº 8.142 e a resolução nº 333, com a criação de comitês, conselhos de unidades, grupos de cidadãos, estratégias de mobilização massiva, novas formas de democracia direta, utilização intensiva de tecnologia de informação, mecanismos pontuais de consulta, arregimentação de interesses de grupos específicos, enfim, detecção de arranjos participativos diversos que ponham em destaque a magnitude e a variedade de múltiplos atores e um conjunto de problemas inéditos nos registros originais da participação social, tais como a pauta relativamente restrita das demandas por mais inclusão e autodeterminação.</p>
<p>11. Valorização do protagonismo social nas experiências participativas, com incorporação de boas práticas inovadoras acrescidas de ações complementares para garantia de sustentabilidade dos processos participativos, tais como: educação; promoção de conceitos básicos de democracia e cidadania; formação de lideranças e seu rodízio; assessoria técnica adequada e independente; capacitação para o monitoramento de políticas públicas, com busca simultânea de escala e sustentabilidade dos processos participativos.</p>
<p>12. Distinção de escalas micro e macro nos processos participativos, admitindo-se as diferentes lógicas inerentes a elas, por exemplo, na escala microterritorial os atores estão engajados em repertórios diversos de controle de políticas públicas, mas não necessariamente orientados de forma setorial e nem de conformidade aos padrões de distribuição geográfica dos movimentos urbanos.</p>
<p>13. Avaliação da qualidade nos processos participativos, buscando metodologias capazes de apreender as variadas dimensões relacionadas à deliberação, tais como normas e aos fatores exógenos, bem como o esforço em identificar a interação e as influências recíprocas inerentes às mesmas, no que diz respeito ao sucesso e à efetividade do processo.</p>

14. Dimensões dos processos participativos: procedimentos e qualidade da deliberação; características dos atores envolvidos; grau de sustentabilidade dos processos de decisão; pontos de força e fraqueza; eficácia e eficiência; solução de problemas; respostas publicizadas e com foco nas demandas efetivas dos cidadãos.
15. Foco no surgimento de novos instrumentos de deliberação, por exemplo: audição “informada” aos desejos e demandas dos cidadãos; interação construtiva, soluções inovadoras e criativas; técnicas de resolução de conflitos, além de outras.

A esta pauta de agenda devem ser confrontadas as experiências apresentadas no presente laboratório de inovação em participação, o que será feito em momento oportuno, ou seja, no capítulo destinado às conclusões e síntese.



Capítulo III: Relatos das Experiências Seleccionadas

Auditoria Cívica na Saúde em Imperatriz – MA



Experiência desenvolvida por uma Organização Não Governamental, tendo como agentes pessoas da própria comunidade e como foco de ação o sistema de saúde de Imperatriz-MA, evidenciando autonomia e protagonismo na ampliação e qualificação das práticas de controle social da saúde.

Trata-se de experiência realizada por uma organização não governamental, o Instituto de Fiscalização e Controle – IFC, com sede em Brasília-DF, entidade que declara ser sua missão: “incentivar e fortalecer a ação de acompanhamento da gestão financeira dos gastos públicos, tanto por parte da sociedade civil, como por parte dos órgãos públicos,, com valorização e reconhecimento dos profissionais que atuam nas atividades concernentes, nas esferas Federal, Estadual e Municipal, na Administração Pública Direta e Indireta, incluindo as entidades de natureza fundacional, autárquicas, empresarias e reguladoras”. O IFC realiza ações e projetos visando despertar a cidadania, em especial quanto à participação em ações de fiscalização e controle da utilização de recursos públicos, promovendo, ao mesmo tempo, o debate e a divulgação das ações de controle e fiscalização por parte da sociedade civil.

Entre outras ações que arrola como de responsabilidade do IFC estão: incentivar a população, mediante audiências públicas setoriais e ensino a distância; o apoio à implantação de organizações não governamentais de controle e fiscalização os gastos públicos; a disponibilização de informações pertinentes para o acompanhamento do desempenho orçamentário e financeiro dos municípios, de acordo com a Lei de Responsabilidade

Fiscal; a realização de visitas de apoio a ONGs filiadas; a promoção das caravanas “Todos contra a Corrupção”, além de outras ações.

O IFC tem como valores a transparência da gestão de recursos públicos, bem como o bom encaminhamento das receitas públicas, direcionadas às obras de saneamento básico, infraestrutura, saúde e educação, assim como a transparência das obras em benefício da sociedade e o bom andamento destas. É valorizado, ainda, o adequado relacionamento entre órgãos públicos e sociedade local para que a população tenha total conhecimento das ações tomadas pelo governo e de seu andamento.

A ideia norteadora da Auditoria Cívica é simples: um grupo de cidadãos, voluntários, é treinado para compreender o funcionamento dos hospitais e demais unidades de saúde pública. Em dia determinado, esse grupo vai à uma dessas unidades para entrevistar os usuários, os servidores e fazer uma avaliação do atendimento. Algumas perguntas básicas orientam o trabalho, por exemplo: os pacientes estão sendo atendidos de maneira adequada? Seus problemas estão sendo resolvidos? A unidade de saúde dispõe de equipamentos em condições, materiais e medicamentos? Há profissionais de saúde, das especialidades mais procuradas, à disposição da população?

As constatações daí derivadas serão levadas para os profissionais responsáveis por essas unidades, bem como para as autoridades locais e outros setores envolvidos. O grupo de auditores cívicos fica disponível, também, para colaborar naquilo que for possível para a solução dos problemas encontrados. O lema de trabalho é: “a fiscalização cidadã é uma necessidade imperiosa para melhoria dos serviços prestados”.

A presente experiência foi realizada pelo IFC na cidade de Imperatriz, na Região Oeste maranhense, da mesma forma que atua em outras partes do País, em que pese sua sede se situar no Distrito Federal, tendo ocorrido no mês de julho de 2012.

Imperatriz é a segunda cidade mais populosa do estado, com população estimada de 250 mil habitantes. Seu IDH é de 0,722. A cidade tem tradição na área de pecuária e agricultura, mas recentemente vem ser convertendo também em centro de referência comercial e pólo industrial regional, além de cruzamento de rodovias, ferrovias e hidrovias importantes para a economia da região e do país como um todo.

As justificativas apresentadas para tal trabalho partem do pressuposto de que, tradicionalmente, a fiscalização do Sistema Único de Saúde – SUS é exercida pelos órgãos de controle oficiais e se concentra no levantamento de distorções do sistema e no combate à prática de fraudes. Entretanto, aspectos importantes relacionados ao atendimento em si, sua qualidade, os serviços prestados e a satisfação dos usuários do Sistema, não são geralmente considerados em tais oportunidades. Assim, a sociedade usuária do SUS é excluída tanto na avaliação quanto na fiscalização do sistema.

A auditoria cívica na saúde realizada em Imperatriz foi caracterizada como um trabalho exploratório realizado por cidadãos comuns, usuários ou não do SUS, com vistas a avaliar o serviço prestado pela rede de atenção básica. Foi produzido um relatório, preparado após a realização da auditoria, cujo objetivo declarado foi o de subsidiar a atuação do Conselho de Saúde, das entidades civis organizadas e do próprio Poder Público.

Foi assim delineado um panorama da situação atual da saúde do município de forma analisar as condições da Atenção Básica quanto à qualidade referente ao atendimento; estrutura disponível do Programa Saúde da Família, bem como percepção dos médicos, gestores e usuários das unidades de saúde selecionadas.

Cinco os objetivos específicos da auditoria foram enunciados, a saber: (a) avaliar a qualidade dos serviços de saúde prestados pelas Unidades de Saúde selecionadas; (b) avaliar a estrutura física, os equipamentos e os recursos humanos envolvidos na prestação dos serviços ambulatoriais nas unidades de saúde selecionadas; (c) analisar a percepção dos usuários, dos gestores e dos médicos a respeito das unidades de saúde estudadas; (d) avaliar a qualidade do serviço prestado do Programa Saúde da Família; (e) fazer recomendações pertinentes.

No primeiro dia de trabalho a metodologia foi apresentada aos voluntários captados pela Promotoria do Consumidor de Imperatriz-MA. No dia seguinte, tais *auditores cívicos* visitaram as unidades de saúde escolhidas e ali aplicaram os questionários relativos a cada área específica da auditoria.

Na sequência, junto aos cidadãos, o coordenador do grupo consolidou o relatório de auditoria cívica e o entregou ao Secretário de Saúde e ao Prefeito Municipal, em sessão solene, com a presença de todos os atores envolvidos.

Tratou-se, acima de tudo, de um processo com amplas parcerias, entre as quais podem ser destacadas as presenças do Ministério Público local, do Conselho Municipal de Saúde, da Prefeitura Municipal e de Secretaria de Saúde, bem como de membros avulsos da sociedade civil local, e de membros da equipe técnica do IFC.

São apontados alguns resultados obtidos mediante tal processo, entre eles se destacando o enunciado de um conjunto de recomendações e seu encaminhamento ao Conselho de Saúde e à Promotoria de Justiça, além das autoridades municipais e o desencadeamento de processos de capacitação aos cidadãos, dentro de uma lógica de integração ente poder público e sociedade civil.

Entre as conclusões e recomendações originadas da Auditoria Cívica em Imperatriz-MA, destacam-se as seguintes. Na área de medicamentos, maior integração entre a farmácia central e os PSF para que não faltem mais medicamentos que estão disponíveis na central. A análise farmacêutica nos medicamentos de Atenção Básica faltantes na Farmácia central também foi recomendada, para determinar se os mesmos não comprometem o atendimento complementar dos serviços de saúde. Além disso, incrementar a responsabilização da Secretaria Municipal de Saúde em avaliar e definir estratégias de políticas na área da saúde municipal, incluindo a assistência farmacêutica e do papel fundamental da equipe de saúde para a seleção dos medicamentos, com realização de debates entre o conselho e a equipe de saúde a respeito dos remédios faltantes; informatização dos sistemas de entrada, saída e de pedidos de remédios; atualização e cumprimento de regras para licitação para medicamentos, além de apuração de responsabilidades para a contínua falta de planejamento das licitações de medicamentos. Foi proposta ainda a realização de estudo prévio para as próximas licitações, o que evitaria o caso frequente de falta de cobertura contratual de medicamentos nos períodos licitatórios.

O segundo item da pauta de recomendações referiu-se à capacitação das equipes da Saúde da Família, com a necessidade de definição das novas diretrizes e estratégias para implementação da Política Nacional de Educação Permanente, regulamentada pela

Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007, nos termos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009), além da ativação da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) locais, instância intersetorial e interinstitucional permanente responsável pela formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde. Foi proposta, ainda, a identificação e realização de cursos: capacitação de agentes comunitários de saúde, humanização na assistência a saúde, controle de infecção hospitalar, capacitação em gestão e planejamento e, treinamento em sistemas de informação, além de outros.

Para contatos e maiores informações, acessar: www.ifc.org.br.

Folha de Lírio: Jornal Virtual de Saúde Mental em Joinville-SC



Prática desenvolvida em unidade local de saúde (CAPS) na cidade de Joinville-SC, mediante parceria com instituição de ensino e pesquisa (IFT), tendo como foco a gestão compartilhada entre equipe local e pacientes, bem como o protagonismo destes, como portadores de problemas de saúde mental, na produção de mídia dirigida não só à clientela, mas à comunidade em geral.

A experiência tem como responsável um membro do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina/IF-SC Campus Joinville, que é a instituição proponente da mesma, sendo patrocinado pelo CNPq. A experiência foi desenvolvida entre outubro de 2011 e maio de 2012, tendo como local de ação o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Dê-Lírios, situado em Joinville-SC. Configura-se, segundo o proponente, um retrato da saúde mental “de forma eletrônica, bela e dinâmica”, como produto resultante de encontros semanais com os usuários do CAPS.

Joinville é um município localizado na região Nordeste do estado de Santa Catarina, sendo a mais populosa cidade do estado, à frente mesmo da capital, Florianópolis. É o terceiro município mais populoso da Região Sul do Brasil e possui um dos mais altos índices de desenvolvimento humano (0,857) entre os municípios brasileiros, ocupando a 13ª posição nacional e a quarta entre os municípios catarinenses. É um pólo comercial, industrial e cultural importante, não só em relação ao estado de SC, como para a região sul do Brasil.

Os objetivos do presente projeto foram não só minimizar os preconceitos que envolvem os transtornos mentais, trazendo informações e reflexões baseadas na reforma psiquiátrica brasileira, como também estimular a curiosidade da comunidade sobre a reabilitação biopsicossocial praticada nos serviços substitutivos que é geralmente esquecida pelos meios de comunicação.

Além disso, “de forma audaciosa e inovadora” a proposta buscou delinear um plano de marketing em saúde mental em que as mídias alternativas, especificamente as redes sociais são mostradas como ferramentas essenciais do protagonismo que deve ser desempenhado pelos usuários dos serviços de saúde mental. Pondera-se que a continui-

dade do presente projeto deve ser responsabilidade compartilhada entre profissionais de saúde e usuários do CAPS.

A criação de um jornal virtual tem a vantagem de superar as dificuldades financeiras inerentes à manutenção de impressão gráfica, além de ser uma alternativa ecologicamente correta, trazendo, em sua essência, a inovação tecnológica e o alcance global por meio da rede mundial de computadores. O Jornal Virtual da Saúde Mental comprova, assim, por sua natureza, “que a loucura não é feita só de páginas escuras e sombrias, também existem as folhas de lírio que com sua beleza surpreendem as pessoas”.

Os atores envolvidos na presente experiência foram, em primeiro lugar, todos os 160 usuários com idade superior a 18 anos em tratamento no CAPS Dê-Lírios. Além deles participaram: um estudante de Gestão Hospitalar (pesquisador), uma assistente social e uma estagiária de Psicologia. Como passo inicial foi realizada uma revisão de literatura sobre as novas práticas de reabilitação biopsicossocial, associada a observação direta intensiva, gravação de vídeos e exposição de fotografias, visando relatar no Jornal Virtual a ser criado, o cotidiano do serviço. Foi também providenciado o registro e a aquisição de um domínio na web, sob responsabilidade do pesquisador responsável. A divulgação do Jornal Virtual vem sendo realizada desde a última semana do mês de maio de 2012 em tal endereço eletrônico (ver ao final).

As técnicas, ferramentas, métodos e processos de trabalho utilizados compreenderam, em primeiro lugar, a realização de encontros semanais entre o pesquisador e os usuários do serviço, agrupados conforme planos terapêuticos individualizados, elaborados pela equipe multiprofissional. Ocorrido o lançamento da primeira edição do Jornal Virtual, a responsabilidade pelo envio de novas notícias ao pesquisador passou a ser dos usuários e profissionais de saúde envolvidos no projeto, podendo ser feito por correio eletrônico.

O layout do Jornal Virtual foi desenvolvido por empresa terceirizada especializada na criação de páginas para internet, com base em formulário descritivo elaborado pelo pesquisador em parceria com os pacientes. A hospedagem do site na internet foi também realizada por empresa terceirizada especializada em suporte à tecnologia da informação.

O Jornal Virtual Folha de Lírio, tem, entre outros conteúdos, o seguinte: notícias sobre saúde mental, exposição de ideias e reivindicações feitas pelos usuários do CAPS, poesias, contos, piadas, classificados, receitas, datas comemorativas e demais fatos que sejam de interesse dos usuários. Foi garantida a todos os usuários do CAPS a participação na composição das edições, podendo solicitar ao pesquisador em qualquer tempo a divulgação de suas ideias por meio escrito ou audiovisual, podendo também oferecer sugestões quanto ao layout.

Os resultados obtidos foram considerados positivos, principalmente diante da aceitação que a iniciativa teve perante a comunidade de usuários, coordenação e equipe multiprofissional do CAPS Dê-Lírios. No caso dos pacientes, seu envolvimento é um tanto variável, considerando que os momentos de crise são recorrentes em muitos casos, alterando as condições de saúde e inviabilizando sua participação temporariamente.

A página e o Jornal Virtual foram também apresentados á comunidade de Joinville, em evento que encerrou as comemorações da Semana Municipal de Conscientização e Orientação sobre Saúde Mental, definida pela Lei Municipal nº 6246 de 07/07/2008, em solenidade ocorrida na Câmara de Vereadores.

Concluindo, a Folha de Lírio: Jornal Virtual da Saúde Mental traz, em sua essência, a possibilidade de inovação tecnológica, ao mesmo tempo em que evidencia a necessidade de espaços para inclusão digital dos usuários dentro dos serviços substitutivos da reforma psiquiátrica brasileira. O alcance global através da internet possibilita a divulgação das práticas exitosas do CAPS, assim como a troca de experiências terapêuticas e o fortalecimento dos vínculos entre profissionais, usuários e todos àqueles que acreditam neste modelo humanizado de atendimento em saúde mental.

Em síntese, segundo seus autores, trata-se de “o começo de um projeto em cogestão entre usuários e profissionais de saúde mental e seu êxito e continuidade são de responsabilidade de todos aqueles que a cada dia escrevem sua história em uma nova Folha de Lírio”.

Para contatos e maiores informações, acesse: www.folhadelirio.com.br.

Comitê Municipal de Combate à Tuberculose em Manaus-AM



Prática desenvolvida por Organização Não Governamental de Manaus-AM, com amplas parcerias entre entidades públicas e civis, além de apoio externo, tendo como foco o controle da tuberculose através da execução de ações em comunidades particularmente vulneráveis e de acesso difícil, como é o caso dos presidiários e da população de rua.

Esta experiência foi encabeçada pela Associação Katirô, uma organização da sociedade civil (OSC) que presta assistência social e jurídica a pessoas soropositivas na capital do Amazonas, e que tem como uma de suas linhas de atuação disponibilizar grupos de ajuda, visitas domiciliares, lazer e cursos profissionalizantes a pessoas de baixa renda, portadoras de HIV. Essa associação tem buscando o fortalecimento das instancias oficiais de atendimento e controle da tuberculose e também das organizações da sociedade civil, considerando que o Estado do Amazonas é o primeiro no país em incidência de tuberculose e que Manaus é a quarta cidade entre as capitais do país em incidência.

Manaus, capital do Amazonas possui cerca de um milhão e oitocentos mil habitantes e tem IDH de 0,774. Concentra praticamente a metade da população do estado e é um pólo industrial importante, mas cujas riquezas são unanimemente reconhecidas como mal distribuídas entre a população local. Os problemas urbanos possuem especial gravidade em Manaus, como falta de saneamento, urbanização, lazer e segurança, agravados pela migração intensiva da população rural de toda a Amazônia e contatos mal planejados entre a população humana e a floresta pujante e ameaçadora.

A presente experiência foi desenvolvida no período de 2007 a 2010 e congregou várias entidades na sua realização, como as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e de Educação; o Conselho Municipal de Saúde; a Secretaria Estadual de Justiça, o Instituto Nacional de Pesquisas do Amazonas – INPA; a Fundação Oswaldo Cruz; a Fundação Estadual de Vigilância Sanitária; a Fundação de Medicina Tropical; o Centro de Referência em Pneumologia Sanitária Cardoso Fontes e também o Distrito Sanitário Indígena. Além dessas, envolveu organizações não governamentais, como a Rede Amizade, a Associação de Redução de Danos; a ONG As Amazonas; o Fórum de ONGs em AIDS, a Associação Orquídeas da Noite.

Do ponto de vista financeiro, a experiência foi apoiada pelo Fundo Global de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária, uma organização internacional com sede em Genebra – Suíça, que tem por objetivo captar e distribuir recursos adicionais para a prevenção das moléstias que constam de seu nome, além de outras.. Atualmente, o Fundo Global é considerado o maior financiador mundial em programas dessa natureza, sendo quase inteiramente financiado por contribuições dos governos de países desenvolvidos (OECD).

Desde 2007, o Fundo Global tem firmado parcerias com organizações da sociedade civil brasileiras, com vistas a apoiar a execução de atividades de comitês situados em grandes centros urbanos distribuídos pelo país. O objetivo do programa é o de desenvolver atividades de comunicação, *advocacy* e mobilização social para o controle da tuberculose, além do apoio operacional aos comitês locais, como, por exemplo, prover recursos para deslocamento e alimentação dos membros dos comitês, além de apoio administrativo e para atividades de monitoramento.

Com tal rede de apoio, a primeira reunião para a formação de um comitê de local tuberculose, em 2007, com a criação de uma comissão executiva que encaminhou convite para as demais instituições, convocando uma primeira assembleia para deliberação sobre a proposta de atividades. Obteve-se, assim, o fortalecimento do elo entre instâncias do governo ligadas ao controle da tuberculose e as organizações da sociedade civil no âmbito local, mediante qualificação das pessoas sobre o tema, com reflexos previstos nas mudanças de comportamento, frente a uma doença ainda marcada por forte estigma.

A estratégia desencadeadora utilizada para início das atividades foi a sensibilização das ONG atuantes no campo temático. Na sequência, ocorreram realização de palestras e oficinas temáticas em escolas públicas, municipais e estaduais, urbanas e rurais, bem como para lideranças comunitárias, incluindo com atividades lúdicas diversas, como teatro, além das chamadas “oficinas de sexo seguro”. Com foco no sistema prisional, houve a implantação de um serviço de diagnóstico de tuberculose na porta de entrada do mesmo, sendo também realizadas capacitações para os agentes penitenciários e profissionais de saúde de todas as unidades, além de palestras e representações teatrais educativas para os detentos. Fora ainda realizadas operações de “blitz” em todas as uni-

dades do sistema prisional, visando busca ativa de sintomáticos respiratórios, sendo visitados cerca de três mil presos, identificando em torno de quatrocentos sintomáticos respiratórios, além de três detecções confirmadas por baciloscopia.

Outras atividades desenvolvidas foram: a escolha do dia 24 de março como o Dia da Sensibilização para Tuberculose, com atividades de panfletagem, distribuição de cartazes e outros materiais informativos, inclusive com carros de som, além de exposições e caminhadas; a criação, em 2011, de uma Sala de Situação em Tuberculose, mostrando dados epidemiológicos referentes ao estado do Amazonas e seus municípios, entre os quais Manaus concentra nada menos do que 75% dos casos; o desenvolvimento de uma campanha intitulada “0% de abandono”, com procedimentos informativos e educativos diversos; o mutirão de diagnóstico de tuberculose com moradores em situação de rua; a participação em atividades de prevenção de tuberculose/HIV na região do Cais do Porto de Manaus (Projeto Porto Prevenido), local de enorme fluxo de pessoas, sendo distribuídos 5.000 folhetos e realizadas palestras diárias por um período de três meses.

Podem ainda ser arroladas atividade de divulgação e intercâmbio, tais como a participação em encontros nacionais, com apresentação de trabalhos e a realização de quatro videoconferências, abrangendo os 61 municípios amazonenses, voltadas para a criação de comitês locais de controle da tuberculose/HIV. Foi produzido, também, um Boletim Informativo e realizada uma mostra interativa intitulada “Tuberculose tem cura: o SUS pra valer”, no Shopping Manaus Plaza, entre 06 e 16 de junho de 2011.

Alguns números são destacados na presente experiência, como por exemplo: realização de 12 assembléias do comitê local por ano; sensibilização de cerca de 2000 alunos e 80 professores de escolas públicas urbanas e rurais, além de 200 líderes comunitários, 60 agentes penitenciários e profissionais de saúde de todas as unidades prisionais, 33 membros de ONG e cinco organizações governamentais, bem como a participação em eventos comunitários diversos.

A experiência foi considerada pelos seus proponentes como bastante exitosa, trazendo alguns componentes inovadores na ampliação da atuação da prevenção de tuberculose e HIV. O apoio do Fundo Global foi fundamental para o alcance das metas e na garantia da sustentabilidade financeira até o primeiro semestre de 2013, pelo menos.

Algumas das inovações que podem ser destacadas são: a prioridade conferida a grupos marginalizados costumeiramente, como pessoas privadas de liberdade e em situação de rua, inclusive com busca ativa; a atuação intensiva no sistema prisional, com a criação de centros de diagnóstico na porta de entrada e a atuação em todas as unidades do mesmo; a grande socialização de informações sobre tuberculose entre escolares e professores, bem como a atualização do quadro de informações sobre a tuberculose, relativas aos 61 municípios do estado, utilizando como instrumento uma tecnologia de informação muito eficaz e inovador, além de poupador de custos: a videoconferência.

Os executores da experiência acreditam em seu potencial de replicação e recomendam a criação de comitês semelhantes, como instrumentos eficazes para o controle da tuberculose, nos quais ocorre, ainda, o fortalecimento da participação da comunidade nas ações de saúde.

Para contatos:

Associação Katirô:

www.aids.gov.br/endereco/associacao-katiro.

katiroam@hotmail.com.

Oficinas de Planejamento Municipal de Saúde em Crateús-CE



Iniciativa da gestão municipal em saúde no município de Crateús-CE, com foco no desenvolvimento e aplicação de instrumentos de planejamento ascendente e participativo, com participação, em primeiro momento, pelo menos, exclusiva das equipes técnicas da SMS.

Trata-se de experiência desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde de Crateús-CE no ano de 2012, contando com o corpo técnico da secretaria, especialmente os coordenadores de setor, além dos técnicos de outras secretarias municipais.

Crateús é um município do estado do Ceará, localizado na Microrregião do Sertão. Seu IDH é de 0,676 e a população de 72 853 habitantes, em 2010, dos quais a maior parte se concentra na zona rural. É um pólo comercial e cultural regional, situado a 350 km da capital, Fortaleza. Sua economia é baseada na agricultura de algodão, feijão, milho, mamona, cana-de-açúcar, castanha de caju e frutas diversas, além da pecuária relativa a bovinos, ovinos, caprinos, suínos e aves. Existe atividade industrial crescente.

O pressuposto da experiência é a necessidade de valorização do planejamento das ações de saúde, sendo possível observar, segundo seus proponentes, no campo da gestão estratégica das organizações, que os sistemas de gestão públicos ou privados mais exitosos são aqueles que emergiram de um processo de planejamento eficaz e criterioso, além de profissionalizado. Planejar bem, portanto, deve ser o primeiro passo para se executar bem, sendo tal afirmativa inteiramente válida para a gestão da saúde pública, na qual é fundamental que o sistema de ações e serviços seja conduzido de forma integrada, devendo-se evitar o voluntarismo e o amadorismo. Por outro lado, o planejamento em saúde deve ser sensível às novas situações que podem advir das mudanças operacionais, sistêmicas e sociais do cotidiano, não podendo jamais ser estático, mas sim sujeito a revisão e adequação.

O foco das ações de planejamento, na experiência, foi, naturalmente, o Plano Municipal de Saúde, documento obrigatório na gestão municipal, no qual se explicitam metas, objetivos e diretrizes para uma conjuntura quadrienal, segundo dispõe a Lei Orgânica da Saúde. Nos termos legais e normativos do SUS (Decreto nº 7.508/2011 e Lei 8.080/1990),

o planejamento da saúde deve ser, além do mais, ascendente e integrado, do nível local até o federal, devendo ser sempre ouvidos os conselhos de saúde e compatibilizadas as necessidades da população com a disponibilidade de recursos financeiros. Os proponentes se mostram sintonizadas, também, com a diretriz de que é necessário implementar e difundir uma cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS nas três esferas de governo, com vistas a subsidiar a tomada de decisão por parte de seus gestores, conforme explicitam documentos do Ministério da Saúde.

Em termos de processos de trabalho, o movimento inicial partiu do consenso obtido entre as equipes a respeito da importância do planejamento para a gestão da saúde, derivando, daí a realização de uma Oficina de Planejamento Municipal em Saúde, com metodologia de participação qualitativo-indutiva, através da qual os participantes, membros do corpo técnico da Secretaria da Saúde, foram estimulados a fazer uma análise conjuntural da situação da saúde local, face às obrigações legais do SUS e tendo por base as deliberações da última Conferência Municipal da Saúde e as diretrizes, estratégias e metas do Plano Municipal de Saúde, bem como dos demais instrumentos de pactuação em saúde.

Assim, foram organizados sete blocos temáticos, com a seguinte conformação: Controle, Avaliação, Regulação e Auditoria – CARA (Central de Marcação, Serviço Social, Sistemas de Informação, Transporte/TFD, Ouvidoria); Atenção Básica (Saúde da Família; Saúde Bucal; Imunização; NASF); Vigilância à Saúde (Vigilância Epidemiológica; Centro de Zoonoses; Endemias; Vigilância Sanitária); Assistência Farmacêutica (CAF; Farmácia Popular); Atenção Secundária – Ambulatorial (CEGB; CAPS; CEO); Hospital de Referência São Lucas/Fundação São Camilo; Administrativo (Gestão de Pessoas, Finanças, Compras, Almoxarifado).

Os profissionais responsáveis por cada uma dessas áreas técnicas foram solicitados a apresentar uma contextualização qualitativa sobre as mesmas, contemplando variáveis diversas, a saber: principais indicadores; resultados de pactuações; problemas de maior relevância; avanços obtidos; fortalezas e debilidades (ambiência interna); oportunidades e ameaças (à ambiência externa), além de outras informações consideradas relevantes.

O aspecto indutivo da metodologia utilizada se deu através do processo de elaboração e definição da Programação Anual da Saúde (PAS), com ações capazes de dar materialidade ao estado de saúde que se pretende alcançar no município, considerando sua exeqüibilidade bem como o tempo disponível para sua execução, que no caso, foi o ano de 2012. Assim, nos três dias em que a foi realizada a Oficina de Planejamento Municipal em Saúde, intitulada “Estratégia de Gestão Participativa na Construção da Programação Anual da Saúde” criaram-se espaços de estudos, análises e discussões técnicas por parte da equipe, com foco na situação da saúde e nos rumos pretendidos em relação à saúde do município. Assim, a PAS teve sua elaboração finalizada com a definição dos seguintes elementos: metas; ações a executar; responsáveis pelas mesmas; prazo de execução; indicadores de avaliação; parcerias possíveis, além da projeção dos recursos financeiros disponíveis para as ações.

Como resultado do processo, foi elaborada uma matriz de planejamento composta de 140 ações, divididas em 22 objetivos, em oito módulos, que modelou a organização do Plano Municipal de Saúde no exercício de 2010 a 2013. Acredita-se que este foi um instrumento legitimamente construído e capaz de fomentar alto grau de consenso e sentimento de pertencimento por parte da equipe técnica, promovendo assim seu empoderamento e aprimoramento.

O monitoramento do processo foi realizado através de reuniões técnicas mensais, sendo que uma avaliação definitiva deverá ser feita por ocasião da elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) 2012.

A equipe que participou da organização e realização da oficina constatou que a metodologia adotada promove a ruptura as práticas de produção meramente “cartoriais” dos instrumentos de gestão na saúde e que, além do mais, a adoção de práticas de gestão participativa constitui poderosa estratégia não só quanto à condução administrativa dos processos em si, mas também na área de gestão de pessoas, uma vez que a abordagem comportamental nas organizações mostra que os colaboradores tendem a ser mais comprometidos com o cumprimento de diretrizes, metas e ações de forma proporcional ao seu envolvimento nos processos que as estabeleceram. Em outras palavras, adotar práticas de gestão participativa representa não apenas buscar o interesse do corpo de colaboradores em ser empoderado e qualificado, mas também o da própria

gestão institucional, na medida em que propicia, de forma mais efetiva, a consecução dos objetivos organizacionais. Como desdobramento, no caso da gestão da saúde, o alcance de tais objetivos significa, adicionalmente, ganhos quanto à qualidade de vida das pessoas.

Constatou-se, ainda, que o instrumento de planejamento utilizado granjeou legitimidade perante o corpo técnico, uma vez que foi idealizado e realizado por ele. Essa sensação de pertencimento se mostra importante no sentido de impulsionar o alcance das ações pactuadas, que é sempre o maior desafio de todo processo sustentável de planejamento.

Para maiores informações, acessar:

<http://pt-br.facebook.com/media/set/?set=a.271429349605014.65177.268403386574277&type3>.

Ouvidoria Itinerante em Maringá-PR



Experiência de conjugação de esforços entre Ouvidoria de Saúde e organismos de controle social no município de Maringá-PR, com foco na reestruturação da estrutura de apoio por parte do Gestor Municipal, além de incentivo ao controle social de nível local.

A experiência da Secretaria de Saúde do Município de Maringá-Paraná, teve seu início em 2005 e continua em andamento. Os atores envolvidos foram a população usuária do SUS, Conselheiros Locais de Saúde, Conselheiros Municipais de Saúde e Gestores do SUS.

Maringá é um município do estado do Paraná, uma cidade de porte médio a grande, planejada e de urbanização recente. É a terceira maior cidade do Paraná e a sétima mais populosa da região sul do Brasil, com 367 410 habitantes em 2010. Destaca-se pela qualidade de vida e por ser um importante entroncamento rodoviário regional, sendo também uma das cidades mais arborizadas do país. Seu IDH é bastante elevado, mesmo em termos nacionais: 0,841.

O município de Maringá, ao longo de seus 65 anos, se destacou pela produção agrícola, especialmente o café, evoluindo para o setor industrial que se encontra muito desenvolvido tanto no setor de alimentação, confecção, agroindústria, e metal-mecânico. Sem perder as características de cidade planejada, com consciência pela preservação da natureza, possui 27m² de área verde por habitante. Há políticas sociais que enfatizam a melhoria das condições de saúde da população, como Hortas Comunitárias (23 no total), Academias das Terceira Idade, de forma pioneira no país, aliás, (47, no total), as também pioneiras Academias de Primeira Idade (05, no total), além do Programa Fitoterápico Hora do Chá. Em Maringá praticamente 100% dos domicílios estão ligados à rede de água encanada e à luz elétrica. O Programa Saúde da Família oferece cobertura de cerca de 70% da população, com 65 Equipes completas.

Maringá se orgulha de seus avanços no desenvolvimento de políticas públicas, contando, na área da saúde, com um controle social ativo, incentivado e eficiente, sendo um dos pioneiros no Brasil a se constituírem de acordo com a Lei 8142/90 e também a

primeira cidade a realizar sua Conferência Municipal de Saúde, regulamentada por lei municipal (Lei 3459/93) e também uma das primeiras a instituir uma Ouvidoria Pública no país, também a partir de lei municipal (Lei 79/94).

Desde o ano 2000 a Ouvidoria da Saúde foi desmembrada da Ouvidoria Municipal de nível central. A Ouvidoria da Saúde desde 2012 fez sua adesão às condutas e procedimentos do Sistema Ouvidor SUS do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS.

A partir de 2005, após diagnóstico específico realizado pela SMS, os gestores de saúde propõem uma nova visão da administração pública, na qual se incentiva a co-gestão, a inclusão de novos protagonistas, ampliando dessa forma o processo de controle social na saúde. Surgem daí estratégias de reavivamento e incentivo de conselhos locais de saúde, descentralizando e aprimorando as ações do próprio Conselho Municipal de Saúde, que necessitava de uma base de apoio a partir das unidades de saúde e outros centros de assistência locais.

Posteriormente, em decisão considerada inovadora, verificou-se que algumas das diretrizes de gestão da saúde não estavam em conformidade com a Resolução nº 333/CNS. Assim, decidiu-se reformular o organograma da Secretaria Municipal de Saúde, de forma a abrigar a Ouvidoria da Saúde diretamente no Gabinete do Secretário, facilitando, assim, a formulação de proposições de estratégias e o controle da execução das políticas de saúde, tornando mais céleres os procedimentos respectivos e transformando a Ouvidoria em Assessoria de Controle Social.

Tal mudança teve como finalidade resgatar o caráter de instância de proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização pertinentes aos Conselhos Locais de Saúde, com foco na ampliação dos serviços prestados à população, considerando-se estes como um dos canais mais democráticos de manifestação do munícipe, dando voz e norteando o caminho a ser seguido, para conseguir maior efetividade dos serviços.

A Assessoria de Controle Social passa a contemplar, desde então, não só a própria Ouvidoria da Saúde, como também um setor de apoio administrativo ao CMS. Vale lembrar, entretanto, que em nenhuma situação a Ouvidoria da Saúde procura interferir nas deci-

sões do CMS, que lhe são totalmente independentes, ficando inclusive em sala separada. A Assessoria acompanha e apóia, também, os vários Conselhos Locais, em número de 26, o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD), além dos três CLS ligados aos hospitais prestadores de serviços vinculados ao SUS, sejam públicos ou privados.

Foi assim que se criou uma Ouvidoria Itinerante, considerada uma ação estratégica de saída do espaço da SMS para acompanhar eventos no âmbito municipal e estadual. Tal iniciativa tem funcionado, na visão de sua equipe técnica, como verdadeiro instrumento de gestão, que tem possibilitado a inclusão ampliada do usuário no Sistema de saúde local e a conseqüente melhoria no serviço ofertado. A estratégia inicial foi o acompanhamento das reuniões mensais dos CLS e do CMS, o que possibilitou maior interação dessas instâncias entre si e com o órgão gestor, de modo a dirimir eventuais dúvidas relativas aos processos de trabalho no SUS local. O registro das demandas *in loco* possibilitou maior compreensão do trabalho desenvolvido pela Ouvidoria da Saúde, em seu papel essencial de conferir voz ao usuário do SUS na sua interação com a gestão do setor. Assim, como conseqüência direta, os cidadãos usuários passaram a ter maior chance de obter atendimento integral de suas necessidades e com isso terem garantida e incentivada sua participação na construção das políticas públicas.

A experiência de Maringá revela, ainda, a produção de diversos processos de trabalho inovadores, podendo-se citar a capacitação continuada de gestores e demais participantes do Controle Social na saúde; a divulgação ampla dos meios que possibilitam um controle social efetivo na saúde, com base na Política Nacional de Humanização – PNH e na Resolução 333/CN; o estreitamento das relações dos usuários com os espaços de interlocução do sistema de saúde; a melhor compreensão e aceitação das ações de saúde.

Dessa forma, destacam-se também alguns resultados importantes, tais como: maior resolutividade e garantia da assistência à saúde com eficiência nos serviços prestados pelo SUS em Maringá; desenvolvimento do controle social em todas as instâncias de serviço, inclusive hospitais públicos e privados, com a implantação dos seus respectivos CLS; maior controle e garantia da distribuição dos investimentos em saúde, atendendo alguns anseios das comunidades envolvidas no processo deliberativo e de execução do plano diretor municipal.

Além disso, o incremento da participação popular na saúde se fez notar por vários fatores, entre eles, a maior interação das comunidades com o Programa de Saúde da Família, que passou a influir nos projetos e na localização de novas unidades, bem como no remanejamento de outras. Os processos de capacitação dos conselheiros e da população quanto ao controle social, levando à ampliação de conhecimento a respeito dos processos de trabalho do SUS, também foram considerados muito positivos e eficazes.

Entre as recomendações e lições da experiência, podem ser destacadas: a importância da ativação dos CLS, que são alicerçados na realidade da comunidade local; a criação da Assessoria de Controle Social, atuando como instrumento de gestão humanizada, apoiando e acompanhando os Conselhos Locais, facilitando e multiplicando os processos administrativos do SUS; a abertura de novos canais de informação para a população, deixando de lado uma visão individualista e verticalizada, utilizando múltiplas possibilidades de escuta qualificada; o desenvolvimento de uma forma dinâmica e “itinerante” de Ouvidoria, levando a administração a ficar mais próxima da população e possibilitando desenvolvimento do controle social; a inclusão da comunidade em processos de planejamento e acompanhamento de iniciativas da SMS, por exemplo, na implementação de unidades de SF; a importância da capacitação continuada de conselheiros de saúde, com o desenvolvimento de novas estratégias de capacitação, como as agendas permanentes para conselheiros de saúde, que trazem de maneira simplificada e esclarecedora a descrição dos instrumentos de gestão; a possibilidade de se prestar apoio efetivo à realização das Conferências Locais e Municipais de Saúde, além da abertura de canais para a disseminação de informações relativas à saúde, com abertura de canal de comunicação amplo.

Para maiores informações, acessar:

www.saude.maringa.pr.gov.br.

Educação Permanente dos Conselhos Municipais de Saúde em Goiás



Experiência desenvolvida pelo Conselho Estadual de Saúde do estado de Goiás, voltada para a qualificação dos conselhos municipais de saúde do estado, através de utilização metodologia participativa e inovadora.

O Conselho Estadual de Saúde do Estado de Goiás (CES-GO), através de sua Comissão de Monitoramento de Conselhos de Saúde, implementou uma experiência de educação permanente dos conselhos municipais de saúde do estado, tendo já cinco anos de atividade.

São realizadas capacitações dos conselheiros municipais de saúde, principalmente, mas há também outras atividades em curso, como, por exemplo, orientações relativas ao processo eleitoral dos conselhos, verificação da documentação dos mesmos, apoio à elaboração e interpretação de leis de criação, preenchimento de requisitos legais, como paridade e composição, além de outras. As atividades realizadas obedecem a regulamentação interna do CES-GO (Recomendação nº 01/2011).

O fato gerador desta experiência foi a identificação de que o conteúdo apresentado durante as oficinas de capacitação em geral não sanavam as dúvidas dos conselheiros municipais em suas práticas diárias. Com isso o CES era muito solicitado por meio de ligações telefônicas, principalmente, para esclarecer dúvidas, ou ainda, no apoio a realização de atividades como a preparação das Conferências de Saúde. A percepção era de que os conselheiros municipais não assimilavam bem as informações sobre o funcionamento dos conselhos e o importante papel que deveria ser implementado por eles.

Outro fator de dificuldade era distância percorrida até as sedes das instâncias regionais onde eram realizadas as capacitações. Para alguns conselheiros as capacitações eram longas e cansativas, já que aconteciam em finais de semana seguidos ou intercalados e os monitores que as ministravam, em sua maioria, jamais tinham vivenciado qualquer experiência direta como conselheiros. Além disso, o conteúdo dos manuais distribuídos, embora contasse com uma boa abordagem dos textos, estava fora do contexto real vivenciado, o que levava os conselheiros a não conseguir assimilar os necessários encaminhamentos de forma produtiva. Agravando tal quadro, as dinâmicas das oficinas de

treinamento, promovida em finais de semana seguidos ou intercalados, embora fossem coerentes com o conteúdo apresentado, tinham duração aquém do tempo necessário para serem adequadamente aplicadas, por exemplo, a cada reencontro acontecia uma revisão que acabava por preencher todo o tempo da reunião, não sobrando espaço para perguntas e dúvidas.

Diante dessa realidade, deu-se início a uma nova metodologia para o processo de capacitações, com participação da referida Comissão de Monitoramento, adequando-o às necessidades do público alvo. Adaptou-se o conteúdo ao vivenciado pelos Conselheiros, sempre considerando a realidade de cada lugar com as experiências dos próprios conselheiros estaduais, agora no papel de monitores e multiplicadores. Em síntese, o método aplicado foi sinteticamente denominado de “ver, julgar e agir”.

Alguns aspectos de tal processo merecem ser citados. Primeiramente, foram convidados representantes de emissoras de rádio existentes na cidade ou região, convidando-os e estimulando-os a participar, conhecer e ajudar na divulgação do trabalho do Conselho de Saúde. A mudança na duração foi outro aspecto considerado, fazendo com que o tempo destinado às capacitações estivesse definido de acordo com a necessidade dos conselheiros, por exemplo, quando em pauta diretamente pertinente à saúde ou ao próprio conselho, um dia todo; quando o tema envolvesse meio ambiente, vigilâncias, e pautas extras, dois dias.

A capacitação foi sempre realizada por dois conselheiros estaduais, membros da Comissão de Monitoramento, ficando sob a responsabilidade do município solicitante da capacitação as despesas com a hospedagem e alimentação da equipe, formada por motorista e conselheiros, com veículos cedidos diretamente pela SES-GO.

Os Conselheiros se preparavam dividindo tarefas entre si, observando as informações levantadas previamente sobre o funcionamento do conselho, preparando o material de apoio didático e manuais elaborados pela própria comissão e destinados aos participantes da Oficina, tratando-se de textos ilustrados, escritos em linguagem acessível.

Os participantes eram dispostos em círculo, formando uma roda de conversa, na qual era realizada uma rápida apresentação dos participantes e explicitada a metodologia “ver, julgar e agir”, composta de três momentos.

O primeiro momento era de “ver e ouvir”. Nela, a dupla de monitores propunha oito a dez perguntas sobre o funcionamento dos conselhos em geral, despertando junto aos participantes, aspectos positivos e a serem melhorados, com todas as respostas devidamente anotadas. O momento seguinte, de “julgar e analisar” se iniciava pela avaliação das respostas dadas no exercício anterior, com o devido apoio dos monitores. Na sequência, era realizada a leitura dos manuais, de forma sincronizada com as respostas avaliadas, levando ao entendimento embasado em leis e resoluções relativas ao controle social. No terceiro e último momento, realizado após um rápido intervalo, iniciava-se a etapa do “agir”, na qual se avaliavam os melhores caminhos ou estratégias de ação no contexto vivenciado pelos conselheiros em treinamento, incluindo as possíveis e necessárias parcerias dentre elas, com maior destaque para o apoio das emissoras de rádio e do Ministério Público. Nesta mesma ocasião as dúvidas eram sanadas e se analisava a eficácia da Oficina, com recomendações para próximas atividades.

A Comissão de Monitoramento identifica alguns resultados positivos obtidos neste processo, entre eles, a eficácia do método “ver, julgar e agir”, com efeitos positivos na participação e no envolvimento dos conselheiros municipais, fortalecendo, assim o controle social na saúde. Segundo a Comissão, com a utilização deste método tem sido possível, ainda, adequar a linguagem popular à realidade dos Conselhos Municipais de Saúde, o que, sem dúvida, aproxima muito os usuários dos referenciais teóricos que são discutidos no conselho. Enfatizam, enfim que a presente metodologia tem potencial para ser utilizada na qualificação de Conselhos Municipais de Saúde em outros estados, dada sua fácil aceitação.

Para maiores informações, acessar:

www.conselhosaudego.wordpress.com.

Conselheiros Estaduais de Saúde por Área de Atuação – Pará



Experiência desenvolvida pelo Conselho Estadual de Saúde do estado do Pará, voltada para a qualificação dos conselhos municipais de saúde do estado, através de utilização metodologia participativa e inovadora, com envolvimento direto de conselheiros estaduais de saúde, divididos por área geográfica de atuação.

A presente experiência foi implementada pelo Conselho Estadual de Saúde do Pará (CES-PA) e teve início em 2004, continuando a ser desenvolvida até o momento (2012). O Conselho Estadual de Saúde do Pará foi criado em 1993 e a partir de 2009 passa a dispor de nova organização, com composição fixada em 28 membros titulares e 28 suplentes, com mandato bienal.

A presente iniciativa pode ser considerada como inovadora, pois o CES-PA passa a designar a seus conselheiros um trabalho de monitoramento dos conselhos municipais, com base geográfica, ou seja, por área de atuação, o que contribui, segundo os proponentes, para melhor atender as necessidades de organização, funcionamento e acompanhamento do controle social, tanto nos Conselhos Municipais de Saúde, quanto nas Conferências de Saúde. Assim, tem sido possível obter melhor interação e integração entre os conselheiros estaduais de saúde e conselhos municipais de saúde, bem como criar mecanismos para fortalecê-los e responder às demandas locais.

Os “Conselheiros por Área” estão divididos pelos 143 municípios do estado, ficando cada um deles responsável por até três municípios. Suas tarefas compreendem acompanhar o funcionamento e a organização dos conselhos municipais de saúde, desenvolvendo visitas e palestras. Além disso, apóiam, orientam e participam das conferências municipais e outros fóruns de controle social na saúde, visando seu fortalecimento e ampliação. O conselheiro responsável tem atribuições também de apresentar relatórios de suas funções, devidamente apreciados pelo plenário do CES-PA, para as deliberações e recomendações que se fizerem necessárias.

Trata-se de um processo articulado de parcerias, por exemplo, entre o CES-PA, a Secretaria de Estado da Saúde, diretamente ou através de suas diretorias regionais, que se responsabiliza por viabilizar administrativamente e materialmente a iniciativa, além das

Secretarias Municipais de Saúde e, naturalmente, os Conselhos Municipais de Saúde, que interagem na identificação das demandas existentes e no processo de articulação.

As atividades se iniciam pelo levantamento, através do Conselheiro de Área, de informações e do planejamento das ações detalhadas a serem realizadas com o objetivo de contribuir com o processo de controle social dos municípios sob sua responsabilidade. Nesta etapa ele detalha o processo de monitoramento, avaliação e assessoramento, bem como as reuniões, palestras e visitas, de forma articulada e integrada. Na sequência, o conselheiro responsável formaliza as necessidades efetivas bem como as atividades a serem desenvolvidas, tendo por base as demandas existentes, notificando, neste ato, o conselho do município a respeito dos planos traçados.

Processo complementar desenvolvido é o da análise das deliberações das conferências municipais de saúde já realizadas na área de atuação, para posterior homologação no âmbito da conferência estadual e no plenário do CES, atividades de que são também elaborados relatórios socializados com o conjunto de membros do CES. Todas essas atividades encontram-se amparadas por resoluções e Regimento Interno do CES-PA.

Há registros formais de todas as atividades realizadas, constando inclusive nos anais do CES, que têm trazido importantes informações sobre a realidade dos conselhos e das conferências municipais de saúde em todo o estado do Pará. Acredita-se que a experiência pode ser adaptada em outros setores e como recomendações os gestores municipais necessitam apropriar-se de informações e ter mais interesse pelo controle social da saúde. Da mesma forma, os conselheiros de saúde precisam ampliar seu conhecimento em relação ao seu papel no acompanhamento, controle, avaliação e execução da Política Pública de Saúde.

Como síntese dos resultados positivos obtidos desta experiência, pode se destacar a construção coletiva de uma rede articulada relativa ao controle social da saúde no estado, com notável melhoria no desenvolvimento das ações respectivas, com agilidade nas respostas às demandas dos atores sociais envolvidos no processo e incontestável interação e integração entre conselheiros estaduais e conselheiros municipais de saúde.

Para maiores informações, acessar: www.saude.pa.gov.br/ces/.

Mobilização pela redução da Mortalidade Materna e Infantil em Cuiabá-MT



Experiência de mobilização social para a redução da mortalidade materna e infantil no município de Cuiabá-MT, com amplas parcerias entre organismos governamentais e não governamentais.

Trata-se a presente experiência da realização de um “Fórum de Mobilização pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil”, desenvolvida pelo Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Infantil (CMMMMI) de Cuiabá-MT, durante o período de maio de 2008 a maio de 2012.

Cuiabá é a capital e maior cidade do estado de Mato Grosso, com população de 650.562 habitantes (IBGE, 2010), enquanto a população da conurbação da que faz parte ultrapassa um milhão habitantes. Fundada ainda no século XVII ficou praticamente estagnada desde o fim das jazidas de ouro até o início do século XX, mas desde então, tem apresentado um crescimento populacional acima da média nacional, atingindo seu auge nas décadas de 1970 e 1980. Além das funções político-administrativas, Cuiabá é um importante pólo industrial, comercial e de serviços, não só do estado de Mato Grosso como de países vizinhos. Seu IDH é de 0,821, considerado elevado em relação à média nacional.

O dia 28 de maio foi definido, em 1984, durante o IV Encontro Internacional da Mulher e Saúde em Amsterdã na Holanda, como Dia Internacional de Ação pela Saúde da Mulher. No Brasil, em 1994 o Ministério da Saúde oficializou o dia 28 de maio como o Dia Nacional de Redução da Mortalidade Materna, juntando-se à mobilização internacional, pois nesta data ocorrem mobilizações em todo o mundo pela redução da mortalidade materna.

Os Comitês de Prevenção do Óbito Materno, Infantil e Fetal são organizações interinstitucionais, de caráter eminentemente educativo e formativo, que reúnem instituições governamentais, representantes da sociedade civil organizada, além de profissionais das diversas áreas da saúde. Suas atribuições, segundo o Ministério da Saúde, incluem a promoção e a interlocução entre todas as instituições do poder público e da sociedade

civil, de modo a congregar os esforços para a redução da mortalidade materna e infantil, mobilizando o poder público, instituições e sociedade civil organizada para garantir a execução das medidas propostas.

Desde 2008, o CMMMI de Cuiabá, em parceria com o CMMI estadual de Mato Grosso, vem realizando, no dia 28 de maio, o “Fórum de Mobilização pela Redução da Mortalidade Materna e Infantil”, que é objeto da presente proposta.

Os fóruns têm sido organizados com o envolvimento de profissionais diversos das áreas de vigilância de nascimentos e óbitos dos órgãos gestores do SUS, do Ministério Público, através da Promotoria da Especializada de Defesa da Criança e do Adolescente, dos conselhos regionais de Psicologia, Enfermagem e Medicina, dos setores de vigilância epidemiológica de alguns hospitais da capital, da Associação Brasileira de Enfermagem de MT. Seu objetivo é contribuir para a sensibilização dos gestores, profissionais de saúde e da sociedade civil sobre a importância e a gravidade da mortalidade materna e infantil e sua repercussão na sociedade como um todo. Além disso, objetiva facilitar a comunicação e integração entre serviços e setores, articulando parcerias para o combate e redução da mortalidade materna e infantil no estado de MT.

O evento tem como meta envolver e sensibilizar maior número de profissionais para o problema da mortalidade materna e infantil, além de divulgar as estratégias utilizadas para alcançar as metas pactuadas pelo Brasil, no alcance dos Objetivos do Milênio. Tem como público alvo, profissionais que atuam na área da saúde, no Ministério Público, gestores do sistema de saúde público e privado, universidades e sociedade civil em geral.

A atividade é realizada no formato de um evento em único dia, com uso de conferências, mesas redondas, debates, relato de experiências e apresentação de trabalhos científicos sobre a problemática. A temática tem como foco a morte materna e infantil, contando com convidados de comprovada experiência, com espaço para debates e participação de todos os segmentos envolvidos. Ao final do fórum os participantes fazem uma avaliação das atividades com críticas e sugestões.

A experiência tem sido considerada positiva, uma vez que os objetivos têm sido atingidos com várias repercussões, como, por exemplo, o envolvimento dos membros do co-

mitê na organização das atividades propostas para o fórum, o que tem reflexos também nas ações desenvolvidas no trabalho rotineiro do mesmo. Destacam-se, ainda, a participação da sociedade em geral no evento, com uma média de público de 200 pessoas por fórum, destacando a presença de estudantes de graduação dos cursos de medicina e enfermagem, futuros profissionais que tem papel importante no combate da mortalidade materna e infantil, além do envolvimento do Ministério Público não somente na organização do evento, mas também, participando do debate e propondo estratégias para reduzir os índices de mortes maternas e infantis em Cuiabá.

O fórum tem também propiciado a visibilidade do trabalho do comitê e despertado o interesse dos profissionais e organizações da sociedade civil em fazer parte do mesmo. Como a temática da morte materna e infantil é extremamente relevante e deve ser discutida permanentemente, a realização de tal tipo de evento tem se mostrado uma estratégia eficaz, em especial por promover a articulação e envolvimento dos diversos setores da sociedade.

Recomenda-se manter ampliar a parceria bem sucedida entre os comitês municipal e estadual de MI, bem como, a criação de novos comitês no interior do estado, que irão qualificar as análises e conclusão dos óbitos em seus respectivos municípios. Um desafio a ser vencido é o de ampliar a participação e envolvimento dos gestores das áreas técnicas da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Mato Grosso e Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá nessa importante discussão.

Para maiores informações: cemmi.mt@gmail.com.

Revitalização do Controle Social em Fortaleza-CE



Experiência desenvolvida pelo Conselho Municipal de Saúde do município de Fortaleza-CE, voltada para a qualificação dos conselheiros de saúde em nível local e regional, através de utilização metodologia participativa e inovadora, com desenvolvimento de instrumentos próprios.

Fortaleza é a capital do estado do Ceará, com quase dois milhões e meio de habitantes. É a quinta maior cidade do Brasil e a que tem maior densidade demográfica (mais de oito habitantes/km²). Seu IDH é alto para os padrões da região Nordeste (0,786), tendo apresentado crescimento expressivo na última década. A cidade é um pólo cultural e de serviços para toda a região.

A experiência apresentada tem foco a formação e a qualificação dos conselhos locais de saúde da cidade, considerados como elementos catalisadores da participação popular. Seu pressuposto é o de realizar uma análise dos referidos conselhos como espaços inovadores de participação e inclusão de segmentos historicamente excluídos da formulação de estratégias e de controle social das políticas públicas. Buscou-se, ainda, desvendar temas convergentes em torno dos quais se concentram as relações de participação da sociedade para o fortalecimento do controle social.

A presente iniciativa é do Conselho Municipal de Saúde da Capital e tem como foco principal as seis regiões de saúde do município. Sua metodologia se baseou em pesquisas bibliográficas e documentais, de natureza qualitativa, buscando apreender os significados atribuídos pelos atores presentes no cenário da participação às estruturas e práticas sociais por eles vivenciadas.

A coleta de dados foi realizada mediante ficha de cadastro encaminhada aos conselhos regionais, na qual foram cadastrados os conselheiros de nível local de três segmentos (usuários, trabalhadores e gestores), servindo, entre outros aspectos para se analisar os eventuais processos de revitalização e recomposição. Foi assim possível caracterizar a composição dos conselhos locais quanto ao número e segmentos presentes, bem como suas respectivas áreas territoriais de abrangência. Também foram levantados dados quanto à estrutura de funcionamento do CRS e dos CLS, tais como, características das

reuniões, mecanismos de realização das atividades, formas de divulgação das atividades, existência de comissões e de secretaria executiva nos mesmos.

Por fim, foram construídos mapas e tabelas com a finalidade de facilitar a visualização e a compreensão do problema em estudo. Inicialmente verificou-se que a recomposição da mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde de Fortaleza representou o primeiro passo significativo no processo de revitalização dos Conselhos de Saúde, configurando-se um processo de fortalecimento do mesmo, facultando que o cidadão concretizasse, de fato, seu direito de participar do processo de elaboração, execução e controle da política de saúde da cidade. Dessa forma, o Plenário do Conselho aprovou normas (Resolução 07/2011) aplicadas ao processo de revitalização de toda a rede de conselhos de saúde do município.

Procurou-se, também, uma melhor representação espacial da distribuição dos conselhos locais de saúde em cada regional, de acordo com os dados de participação relativa de conselheiros na composição dos mesmos, com apoio em bancos de dados do Censo de 2010. Assim, por meio de mapas demonstrativos, foi definida a área de abrangência territorial de cada conselho, refletindo a proporção de habitantes e de conselheiros ali residentes. Este exercício permitiu estabelecer uma proposta de composição ideal dos CLS, ou seja, 16 membros, sendo 50% titulares e suplentes, respectivamente, sendo oito no segmento dos usuários, quatro no de trabalhadores de saúde, quatro no segmento de gestores e/ou prestadores de serviços. Caso houvesse hospitais na área, seria ampliado o número de participantes para 12 titulares e 12 suplentes, respeitando sempre a paridade prevista na legislação do SUS.

O estudo permitiu, também, avaliar o processo de comunicação relativo ao funcionamento dos conselhos regionais e locais, recomendando-se o aprimoramento do mesmo, mediante utilização de imprensa local, editais, comunicação por escrito, convites etc.

A iniciativa resultou um processo de assessoria direta aos CLS, ampliando sua relação com o CMS, facilitando o fluxo de informações, com maior conhecimento da realidade local, trazendo subsídios para a formulação de pautas e encaminhamento de demandas ao CMS, conferindo aos CLS verdadeiro caráter de extensão do Conselho Muni-

pal. Assim tem sido possível não acompanhar os limites e possibilidades vivenciadas por aqueles, mas também desenvolver estratégias para tornar concretas as decisões do CMS, além de mediar conflitos, garantir direitos, planejar atividades e direcionar ações para o exercício da democracia em geral.

Fator também relevante neste trabalho é o despertar para a apropriação do direito de participar e decidir, principalmente por parte do segmento dos usuários e trabalhadores de saúde, pela divulgação da saúde como direito de todos, pela superação, mesmo que de forma parcial, da concepção de que o saber técnico ou político tem maior valor do que o saber popular. O trabalho facilitou, ainda, a maior compreensão e a socialização das práticas desenvolvidas no controle social da saúde, com efeitos marcantes na discussão das diretrizes e princípios do modelo assistencial do SUS, bem como na compreensão das relações de poder e dos obstáculos que se interpõem ao controle social da gestão da saúde.

Como lição importante, a experiência representou uma estratégia para avaliar a formação da gestão no controle social, ajudando a pensar e reverter as modalidades atuais da educação em saúde e na formação da qualidade de vida, facilitando, sem dúvida, intervenções bem sucedidas nas ações programáticas, abrindo caminho para maior compromisso e a corresponsabilidade na participação popular em saúde.

A expectativa dos proponentes é de que os resultados do presente trabalho possam ser replicados em outras realidades, dado seu potencial de gerar diretamente subsídios para a educação no controle social, com incentivo à cogestão, maior qualificação, empoderamento e protagonismo dos sujeitos populares, os quais, através de sua interação com os demais atores sociais, poderão gerar transformações nos saberes e nas práticas existentes nos cenários da saúde, especialmente na formação para gestão através dos conselhos de saúde.

Para maiores informações, acessar: <http://cmsf.sms.fortaleza.ce.gov.br>.

Implementação de Deliberações de Conferência de Saúde em Betim-MG



Experiência desenvolvida em parceria entre Secretaria e Conselho Municipal de Saúde do município de Betim-MG, voltada para o acompanhamento da prestação e prestação de contas do órgão gestor, bem como para qualificação dos conselheiros municipais de saúde, através de utilização metodologia participativa, com foco no desenvolvimento de modelo assistencial e na aplicação de recursos públicos na saúde.

Betim é um município do estado de Minas Gerais que faz parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Possui 388.873 habitantes (IBGE/2012) sendo a quinta maior cidade do estado de MG e uma das 50 maiores cidades do Brasil. Seu IDH é de 0,775. Teve grande impulso econômico a partir da década de 1960, com a instalação de uma refinaria de petróleo da Petrobrás e, posteriormente, da Fiat Automóveis, além de muitas outras indústrias. Foi um processo de industrialização acelerada que mudou o caráter de cidade interiorana, multiplicando sua população e diversificando sua cultura, mas sem dúvida agravando sua problemática urbana, com carência de moradias, violência, indicadores precários de saneamento e urbanização etc.

A presente experiência foi implementada pela Secretaria Municipal de Saúde, no período de 2009 a 2012 (gestão já encerrada), mediante parceria entre o órgão gestor de Saúde (SMS) e o Conselho Municipal de Saúde. Trata-se de uma proposta pedagógica, que teve por objetivo “transformar em algo compreensível um sistema altamente complexo e nem sempre compreendido pelo conjunto da sociedade”, na visão de seus proponentes.

Em um primeiro momento o modelo de atenção e gestão do SUS local, aprovado na 10ª Conferência Municipal de Saúde, de 2010 serviu de base para a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2010-2013, estruturando e orientando, assim, uma série de políticas e ações para concretizar as ações de assistência à saúde no município. De acordo com tal modelo, é o usuário-cidadão que está no centro do mesmo, ou seja, é para ele e é com ele que se está planejando o sistema de saúde. O único limite estabelecido para tanto são os princípios e diretrizes do SUS.

Tomando por base o arcabouço legal do SUS, parte-se do pressuposto que existe, de fato, um sistema complexo de estruturas, instrumentos e métodos relativos às diretrizes do modelo assistencial que devem ser esclarecidos aos cidadãos comuns, de forma a sinalizar para estes que há espaço para avançar, criar, inventar, melhorar, modificar e transformar. Como termos chave de tal processo, são citados: garantia de acesso às ações e serviços de saúde conforme a necessidade; desenvolvimento de acolhimento, vínculo, cuidado humanizado; equidade; resolubilidade; territorialização e adscrição da população aos serviços e aos profissionais; trabalho em equipe multiprofissional; responsabilização sanitária, além de autonomia do usuário.

Foram destacadas, no processo de esclarecimento, as ferramentas e tecnologias de gestão adotadas, porém sujeitas a alterações ditadas pelos avanços tecnológicos. Tal é o caso dos sistemas informatizados de acompanhamento do cuidado, os fluxos e os protocolos assistenciais e clínicos, a classificação de riscos e os outros sistemas informatizados. Tais variáveis apontam para a necessidade de organização de dois grandes eixos estruturantes do sistema local de saúde de Betim: atenção à saúde e gestão do sistema.

A concepção de políticas de saúde abrangeu, entre outros aspectos, a promoção, recuperação e reabilitação da saúde; o planejamento e a gestão da saúde; o financiamento, infraestrutura física e de equipamentos; a inserção de novas tecnologias; o controle, avaliação e regulação do SUS; a vigilância sanitária, epidemiológica, ambiental, controle de zoonoses e outras endemias; a gestão do trabalho e educação permanente na saúde; a gestão estratégia e participativa, com aprimoramento dos mecanismos de controle social, ouvidoria, auditoria, bem, como incentivo à participação popular e mobilização permanente em favor do SUS.

Um fluxo de procedimentos pôde ser, então, definido, composto pelos seguintes elementos: diagnosticar → planejar → discutir com a comunidade (na Conferência de Saúde) → elaborar o plano municipal de saúde → avaliar e monitorar trimestralmente → discutir trimestralmente com o conselho municipal de saúde → corrigir rumos e começar novamente esse ciclo.

A partir da prestação de contas trimestrais da SMS, incluindo relatórios físicos e financeiros e pela descrição das políticas executadas, incluindo indicadores, procedimentos, atendimentos e ações de cada área da SMS, o Conselho Municipal de Saúde pôde avaliar, acompanhar, propor e deliberar sobre tais assuntos. Demonstrou-se, assim, que tais relatórios de prestação de contas constituem instrumentos essenciais para a avaliação das ações implementadas e dos recursos aplicados nos programas de saúde, devendo ser vinculados e coerentes com o Plano Municipal de Saúde, em relação a metas, resultados e aplicação de recursos. Com a participação do CMS em avaliação anual dos relatórios do Gestor da Saúde, socializam-se, assim, todas as informações relativas a investimentos realizados pela SMS, ampliações de serviços, execução, estruturação e operacionalização de ações etc., buscando alcançar excelência e impacto positivo na saúde dos cidadãos do Município. Com as prestações de contas trimestrais, cada política executada, cada área da SMS foram monitorados, em relação às políticas implantadas, seu impacto em relação a resultados e proposição de possíveis mudanças de rumo.

Registre-se, ainda que a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 teve como base o relatório final da 10ª Conferência Municipal de Saúde de Betim, facultando colocar em prática as ações contidas no Plano para a futuras de prestações de contas.

Esse processo permitiu obter alguns importantes resultados, por exemplo: o melhor acompanhamento e o registro regular e sistemático das ações definidas, através das políticas, programas, pactuações e projetos; a discussão permanente com o organismo de controle social; a discussão prévia nas comissões de Modelo Assistencial e de Orçamento e Finanças do CMS, permitindo aos conselheiros conhecer todos os indicadores e avaliar mais profundamente as políticas implementadas e verificar se estão de acordo com os investimentos realizados; o desenvolvimento de um processo rotineiro de acúmulo de informações; a abertura da possibilidade de checar o avanço ou retrocesso, bem como as dificuldades na execução das ações e o retorno das informações aos atores e participantes do processo; a potencialidade de correção das inconformidades e aperfeiçoamento das ações, com busca constante por melhores resultados.

Alguns desafios, apontados, se colocaram nesse processo, por exemplo, a necessidade do cumprimento de prazos para a apresentação das prestações de contas pela Gestão; a necessidade de garantir educação permanente para o controle social para a tomada de

decisão, como também a necessidade de aprimoramento da política de comunicação e informação para o controle social, de forma a possibilitar para o acompanhamento sistemático da implementação das políticas e ações executadas.

Para maiores informações, acessar: www.betim.mg.gov.br.



Capítulo IV: Síntese Analítica e Conclusões

Desafios aos processos participativos

Para compor ao mesmo tempo analítico e sintético que englobasse todo o conjunto de experiências selecionadas, preservando sua riqueza e complexidade, foi desenvolvido um processo de abordagem múltipla, apresentado nas linhas a seguir.

Em primeiro lugar, lançando um olhar rápido sobre o conjunto das selecionadas, buscou-se averiguar nas diversas experiências os diversos componentes da pauta de desafios presentes na análise do processo participativo, dentro de contextos sociais, políticos e culturais mutantes, conforme já apresentado em capítulo anterior. Assim, os 15 tópicos levantados naquele momento foram agrupados em torno de categorias mais abrangentes, possibilitando chegar a uma listagem mais sintética, apresentada no quadro a seguir:

1. **Novos atores, espaços e instrumentos** de participação e compreensão da participação em panoramas mutantes
2. Utilização de **tecnologias da informação**
3. Valorização do **saber profano e da lógica do usuário**, com valorização do protagonismo social
4. **Deliberação como processo** (debate, troca de argumentos, produção de decisões justas, participação ativa e refletida dos participantes, razão pública vontade coletiva)
5. Análise, sistematização e comunicação das **respostas** às demandas
6. Busca de **inovação**
7. Componentes pedagógicos, conscientizadores, trocas racionais e intersubjetivas

8. Enfrentamento da **crise da representação** e equalização das oportunidades de participação
9. Extrapolação da **moldura normativa** vigente (L. 8142) com arranjos participativos diversificados
10. Avaliação da **qualidade** nos processos participativos e deliberativos (atores; sustentabilidade; forças e fraquezas; eficácia e eficiência; solução de problemas; foco nas demandas)

Em seguida, procurou situar cada uma das dez experiências em relação aos itens acima, tomando-se como referência para anotação no quadro (seguinte) as características seguintes: (-) aspecto não cogitado; (?) há dúvidas; (P) presente, de forma débil; (P+) presente, com intensidade e intencionalidade.

EXPERIÊNCIAS	CRITÉRIOS									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Imperatriz	(P+)	(-)	(P+)	(P)	(P+)	(P+)	(P+)	(-)	(P+)	(-)
Joinville	(P+)	(P+)	(P+)	(?)	(P+)	(P+)	(P+)	(P)	(P+)	(-)
Betim	(P)	(-)	(P+)	(P+)	(P)	(P)	(P+)	(P)	(-)	(-)
Manaus	(P+)	(?)	(P)	(?)	(P)	(P)	(P+)	(?)	(P+)	(-)
Cuiabá	(P)	(-)	(P)	(P+)	(P)	(P)	(P+)	(P)	(P+)	(-)
Maringá	(P+)	(-)	(P)	(P)	(P)	(P)	(P+)	(P)	(-)	(-)
Fortaleza	(P)	(-)	(P)	(P+)	(P)	(P+)	(P)	(P)	(-)	(-)
Crateús	(-)	(P)	(-)	(P)	(-)	(P)	(P)	(-)	(-)	(-)
Estado de Goiás	(P)	(-)	(-)	(P)	(P)	(P)	(P)	(-)	(-)	(-)
Estado do Pará	(P)	(-)	(-)	(P)	(P)	(P)	(P)	(-)	(-)	(-)

Este quadro permitiu algumas informações sobre as experiências selecionadas, ainda em caráter preliminar, pois deverão ser desdobradas e ampliadas nas páginas seguintes. São elas:

As quatro primeiras experiências do quadro, ou seja, de Imperatriz, Joinville, Betim e Manaus demonstram ter alcançado um possível melhor desempenho na superação dos desafios referidos, particularmente no que tange à presença de novos atores, espaços e instrumentos de participação, além da compreensão do fenômeno de participação em panoramas mutantes. Além disso, parecem ter sido especialmente eficientes em valorizar a lógica e o protagonismo dos usuários, buscando, ao mesmo tempo, enfren-

tar os dilemas da representatividade e das oportunidades de participação. A busca de inovação e o despertar de componentes pedagógicos e conscientizadores, bem como a extrapolação da moldura legal e normativa vigente, também estiveram presentes nestas experiências. Tudo isso faz delas, certamente, um conjunto de referência perante as demais, o que poderia ser destacado, em forma quase de “slogan”: são práticas que procurar superar o já tradicional “fazer mais do mesmo”.

Não há nenhum desdouro para as demais experiências selecionadas em não estarem presentes nesta relação tão destacada. Todas elas, assim como muitas das outras que se apresentaram, mesmo possivelmente “fazendo mais do mesmo”, adicionam valor ao panorama empírico, se não pela inovação, certamente pela correção legal e normativa, dentro de um cenário, como o do SUS, no qual o cumprimento da lei já é, por si só, um motivo de notabilidade.

De toda forma, vale considerar que para alguns quesitos o desempenho das experiências deixa a desejar, ou melhor, ainda carece de muito aperfeiçoamento e mesmo, quem sabe, de maior conscientização e motivação de seus agentes para tais questões. Neste campo, podem ser citados: a baixa utilização de tecnologias da informação; a pouca tendência a explorar os limites do território normativo vigente, dado basicamente pela Lei 8142, com a procura de novos e diversificados arranjos participativos, assim como a pequena preocupação, até o momento pelo menos, com práticas de validação da qualidade nos processos participativos e deliberativos, em termos de seus atores; sustentabilidade; forças e fraquezas; eficácia e eficiência; capacidade de solução de problemas face às demandas, entre outros aspectos.

Em seguida, será desenvolvida uma **análise por temas**, envolvendo não só as dez experiências selecionadas, mas todo o conjunto de inscritos.

Abordagem por temas

- **Processos de inclusão de decisões de Conferências nos Planos de Saúde e monitoramento de sua implementação**

Este tópico, como se sabe, apesar de constar enfaticamente do Edital de convocação do Laboratório de Inovação, obteve poucas inscrições, a maioria de origem no órgão gestor do SUS municipal, sendo duas delas originadas diretamente dos Conselhos de Saúde, embora não se possa dizer que nestas não tenha havido participação do Gestor. De modo geral, tratam-se de experiências de capitais e municípios de porte médio a grande, nos quais os processos de participação social estão, sem dúvida, bem estabelecidos, inclusive em termos históricos.

Dessas experiências, aquela apresentada por Betim-MG, relativa a implementação de deliberações de conferências municipais de saúde, foi selecionada para a etapa final do Laboratório de Inovação e será comentada com maiores detalhes a seguir.

A vida política da cidade vem se alternando, nos últimos anos, entre administrações tradicionais, ligadas a liderança políticas históricas do município e outras de feitio mais progressista, capitaneadas pelo Partido dos Trabalhadores, como acontece na presente experiência selecionada para este Laboratório de Inovação.

A proposta em foco tem no modelo de atenção e gestão seu ponto de partida, sendo apresentado e debatido de forma pública e ampla, gerando informações para o Plano Municipal de Saúde. Daí, uma lei municipal regulatória sobre tal processo de consulta surge como desdobramento da presente estratégia.

Em primeiro lugar, a saúde faz parte declarada de um plano plurianual de governo, no qual as prestações públicas de contas, de frequência trimestral, tornaram-se obrigatórias por lei. Assim, ciclos de programação e reprogramação são gerados e assumem um caráter processual permanente, com fortes componentes de participação da comunidade no planejamento. O processo de programação envolve, de forma sistemática, a elaboração, por parte do gestor, de relatórios de gestão, disponibilizados por ocasião das prestações de contas e acessíveis amplamente. É dentro de tal processo que se insere o acompanhamento e o monitoramento de deliberações das Conferências Municipais de Saúde, que acontecem regularmente no município já há alguns anos.

Parcerias com instituições acadêmicas, geralmente com a PUC- MG, que mantêm um campus na cidade tem sido exploradas, gerando, assim, processos de educação permanente, voltados para os trabalhadores de saúde e para o público usuário. Assim como em outras experiências apresentadas ao laboratório, a territorialização e a regionalização do processo de controle social é um objetivo almejado na presente experiência.

Entre as experiências selecionadas, há outra que traz exemplo bastante consistente de monitoramento de política pública. Trata-se do trabalho apresentado por uma instituição que tem sua sede no Distrito Federal, o IFC – Instituto de fiscalização e Controle – porém referente à sua atuação em Imperatriz-MA. A proposta em pauta é de uma *auditoria cívica* caracterizada como trabalho realizado por cidadãos comuns, usuários ou não do Sistema Único de Saúde, com vistas a avaliar o serviço prestado pela rede de serviços de saúde, com foco na atenção básica.

O pressuposto da iniciativa é o de que, tradicionalmente, a fiscalização no SUS é apenas exercida por órgãos de controle, atendo-se ao levantamento de distorções e combate a fraudes, deixando assim, de lado, alguns aspectos relacionados à qualidade dos serviços prestados, excluindo, além do mais, a sociedade usuária do SUS na avaliação e na fiscalização do sistema. Dessa forma, um documento, preparado após a realização da *auditoria cívica*, visa subsidiar a atuação não só do Conselho de Saúde, mas também de entidades civis organizadas e do próprio Poder Público.

São consideradas, também, as percepções dos médicos, dos gestores e dos usuários em relação a algumas questões, tais como: qualidade dos serviços, estrutura física, equipamentos e recursos humanos e qualidade do atendimento do Programa Saúde da Famí-

lia. São feitas ainda as recomendações consideradas necessárias em função do levantamento de problemas.

O caso presente traz, como aspectos a serem destacados, o desenvolvimento de um conceito sem dúvida inovador, que é o de auditoria cívica, ressaltando-se, também a preocupação e a instrumentalização de processos de monitoramento de políticas, com recomendações e sugestões registradas formalmente e entregues às autoridades municipais.

Podem ser levantados alguns outros casos nos quais estão presentes instrumentos de acompanhamento e monitoramento de deliberações em fóruns diversos, com desdobramentos relativos ao processo de planejamento, conforme relatado a seguir. Em Diadema-SP, município com tradição em participação social na saúde, por exemplo, é apresentado um balanço de deliberações de conferência municipal de saúde, mediante lógica territorializada, com excelente sistema de documentação e registro dessas deliberações, articulado a processos educativos, com foco também em prestações de contas, configurando, com certeza, a introdução de uma nova cultura.

Em Florianópolis-SC é descrita uma iniciativa de planejamento participativo a partir de conselhos locais de saúde, mediante parceria com instituições acadêmicas e utilização de tecnologias avançadas de informação, inclusive educação a distância. São desenvolvidos, também, instrumentos de planejamento e gerenciamento (Project Management Institute-PMI, ZOPP, SWOT), entre os quais se insere uma metodologia de acompanhamento de deliberações de conferências municipais de saúde.

Outra experiência com ênfase nos conselhos locais é a de Anchieta-ES, aliás, já aquirida com o Premio Sergio Arouca em 2011. Suas principais características são o desenvolvimento de ações de sensibilização de gestores, profissionais e mobilização da comunidade, bem como a criação de uma lei municipal que garante a sustentabilidade de tais processos

Em um pequeno município essas preocupações também são demonstradas, como no caso de Campo Verde-MT, onde ocorrem iniciativas interessantes de fortalecimento do controle social, mediante ampliação dos canais de comunicação com a comunidade por

meio de ouvidoria e mídia, possibilitando a articulação com os fóruns de conselheiros. Resulta daí a elaboração de Plano Municipal de Saúde que contempla os encaminhamentos das oficinas realizadas com a comunidade, consideradas como verdadeiras pré-conferências.

A cidade de São Paulo-SP apresenta um roteiro instrumental para coleta de informações (RICIPS) que também preenche os requisitos temáticos em foco na presente seção. Sua base são os serviços produzidos na rede municipal de atenção à saúde, tendo ainda como componentes a capacitação dos agentes na de aplicação dos roteiros e o seguimento da evolução dos serviços prestados aos usuários, com agilidade de coleta e análise dos dados.

O que une essas diversas experiências é que, mesmo ocorrendo em municípios de portes e realidades institucionais diversas, todas demonstram ações voltadas para o monitoramento e a garantia de cumprimento de deliberações partidas de instâncias e fóruns sociais, com desenvolvimento de instrumentos específicos de acompanhamento, planejamento e gestão, além de forte apelo aos processos de capacitação dos agentes envolvidos com seu desenvolvimento, seja membros das equipes de saúde ou da população.

- **Processos e instrumentos de planejamento em saúde em geral**

O desenvolvimento de processos e instrumentos de planejamento é aspecto que está presente em várias das experiências apresentadas, destacando-se aqui o caso de uma delas, a de Crateús-CE, na qual tais iniciativas são bastante marcantes.

Trata-se da realização de Oficina de Planejamento Municipal em Saúde, mediante a adoção de metodologia de participação qualitativo-indutiva, com o que os participantes, membros do corpo técnico da SMS e também conselheiros, foram estimulados a realizar análise conjuntural da situação da saúde, face às obrigações legais e também com base nas deliberações da última Conferência Municipal da Saúde, bem como nas diretrizes, estratégias e metas do Plano Municipal de Saúde.

Uma base de indicadores e informações foi criada e levantada, com os componentes seguintes: resultados de pactuações; problemas relevantes; avanços obtidos; fortalezas e debilidades (internamente); oportunidades e ameaças (externamente). Dessa forma foi possível construir a programação para 2012, com definição de ações capazes de dar materialidade ao pretendido estado de saúde.

Como resultados apresentados por Crateús, destaca-se a elaboração de matriz de planejamento composta de 140 ações, divididas em 22 objetivos e oito módulos, nos termos do Plano Municipal de Saúde em vigor (2010-2013), sendo esta considerada um instrumento legitimamente construído, capaz de promover o empoderamento e o aprimoramento das equipes técnicas municipais e dos participantes do controle social. Quanto ao monitoramento de tal processo, ele se dará mediante reuniões mensais de acompanhamento das metas previstas para 2012 e seus desdobramentos, com uma avaliação definitiva a ser executada por ocasião da elaboração do Relatório Anual de Gestão deste ano.

São dignos de nota nesta experiência, portanto, o foco atribuído ao planejamento e à programação via PMS; o pluralismo dos atores participantes, embora com pouco envolvimento de conselheiros; a associação de áreas meio e fins da SMS no processo; a elaboração de roteiros e instrumentos de programação, definidos e individualizados por setor da SMS; a preocupação com o monitoramento rigoroso do processo; o uso de metodologia inovadora qualitativa – indutiva, além da produção de uma matriz abrangente com 140 ações explicitadas.

Há diversas experiências nas quais estas características estão presentes e merecem ser ressaltadas, como aquelas já mencionadas na seção acima (Diadema, Florianópolis, Anchieta, entre outras). Mas há outras a serem lembradas, como se verá nas linhas seguintes.

Em Olinda-PE transcorre uma dessas experiências, tendo o Conselho Municipal de Saúde como proponente e também, certamente, como protagonista direto da mesma, com ações acumuladas de três anos. Suas características principais são a articulação intersectorial que estabelece foco no processo educativo, no acompanhamento orçamentário e na prestação de contas, além da efetiva inclusão nos processos decisórios da política de saúde local, com comprovado incremento da participação em diversos fóruns.

Em Guarulhos-SP, outro município com tradição no desenvolvimento de inovações e recebimento de prêmios de bom desempenho na saúde, é relatado o desenvolvimento de um Programa de Recursos Descentralizados na Saúde (Prorede), criado por lei municipal, no qual ficam definidos critérios para repasse financeiros às unidades de saúde, mediante planos de ação e aplicação de recursos. Isso vem facultando a rápida solução de ações nas unidades, com envolvimento e compreensão do SUS por parte das comunidades locais e desenvolvimento de mecanismos de controle e prestação de contas.

Como ação descentralizada da Secretaria de Estado da Saúde, o Paraná apresentou a experiência de planejamento regional da DRS de Maringá, na qual ocorre, além da educação continuada dos conselheiros municipais, a ênfase em planos e metas de pactuação, com discussão da realidade de cada município.

Também na esfera estadual, o Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco apresenta sua proposta de Oficinas Regionais de Orçamento e Finanças, com foco regional, realizadas mediante parcerias com o Tribunal de Contas, o COSEMS, a Controladoria Geral da União e o Ministério Público, MPPE e Tribunal de Contas da União. Segundo os propositores essas oficinas configuram não só o fortalecimento do controle social na área de orçamento e finanças públicas da saúde, como representam um ambiente de efetivo aprofundamento do debate em relação às dificuldades encontradas na área de orçamento e finanças públicas em saúde.

Experiência semelhante à de Pernambuco é mostrada pelo CES do Ceará, que com seus Fóruns Regionais de Conselheiros de Saúde promove ações de capacitação de conselheiros em 22 regiões de saúde, com ênfase em oficinas de planejamento participativo utilizando uma matriz específica, com repercussões na definição de planos de ação e de orçamentos da saúde, além do fortalecimento do papel dos conselheiros.

Essas diversas experiências são unidas pela utilização de conceitos e operações de planejamento e programação como ferramentas essenciais para a viabilidade e a racionalidade das ações de saúde, com criação de mecanismos e instrumentos específicos, com foco não apenas local, mas fundamentalmente regional, além de apoio em processos educativos. Destaca-se, ainda, a participação direta dos conselhos de saúde no desenca-

deamento de algumas dessas iniciativas, superando assim, de certa forma, a tradicional exclusividade dos gestores neste campo.

- **Comunicação, Informação e uso de Tecnologias de Informação**

O desenvolvimento de processos e instrumentos de comunicação, informação e utilização de tecnologias de informação são aspectos que estão presentes em diversas experiências apresentadas ao presente Laboratório de Inovação. Destacam-se, como mais detalhe, os casos apresentados por Joinville-SC e Manaus-AM, ambos selecionados para a etapa final.

Em Joinville, os proponentes são membros de uma equipe de Saúde Mental lotada em um dos CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) da cidade e a experiência se refere à produção e edição de um Jornal Virtual.

Entre outros aspectos, destaca-se o compartilhamento dos diversos processos de elaboração da proposta com os usuários do CAPS, bem como a divulgação bastante ampla de tal processo e do produto resultante do mesmo, abrangendo a comunidade como um todo e não apenas o grupo de usuários. Não deixa de ser relevante, ainda, um aspecto bastante contemporâneo, qual seja a da inclusão digital, no qual a experiência demonstra ter produzido avanços, particularmente entre os usuários do CAPS.

Como inovações presentes, além da produção em si do Jornal Virtual, podem ser citadas: a construção de um “marketing” específico para a área de saúde mental, voltado para a promoção humana e superação de preconceito, a utilização de mídias alternativas e redes sociais como ferramentas essenciais de protagonismo social em Saúde Mental, sem esquecer a efetiva inclusão digital de usuários do CAPS.

Na cidade de Manaus-AM ocorre uma interessante ação em rede, entre o governo municipal e uma ONG, com foco no problema da tuberculose e ações eminentemente multidisciplinares.

No referido projeto são desenvolvidas ações de natureza educativa e comunicativa, tendo como objeto o sistema prisional local, mas com desdobramentos na sociedade civil como um todo, apresentando dados numéricos expressivos a respeito de seu alcance.

Do ponto de vista das inovações presentes, trata-se de um processo no qual o uso de tecnologias de informação é bem desenvolvido, ocorrendo também o enfrentamento do “fator amazônico”, com as questões culturais e geográficas a ele inerentes, bem como a criação de uma sala de situação referente ao problema da tuberculose, aberta ao público.

Há outras experiências nas quais os aspectos ligados à comunicação e uso de TI merecem ser destacados, como se verá nas linhas seguintes.

O Conselho Estadual de Saúde (CES) de Goiás, por exemplo, é protagonista de uma experiência de capacitação de conselheiros na qual o uso de mídias diversas para mobilização e educação é intensiva, tendo como ferramentas de apoio as redes sociais, bem como a constituição de um blog específico.

O CES de Pernambuco optou por promover um amplo Seminário de Comunicação em Tecnologias de Informação, seguido de Oficinas de Comunicação, Tecnologia e Informação em Saúde nas quatro regiões do estado. Os objetivos declarados foram: criar uma rede de comunicação entre o Conselho Estadual de Saúde (CES) e os demais Conselhos Municipais de Saúde (SMS), visando o fortalecimento do controle social e capacitar os atores sociais. Está também em pauta a capacitação de agentes para a criação de blogs e redes sociais.

Um sistema sem dúvida inovador produzido no campo das tecnologias da informação é o denominado Sisconferencia – Sistema de Apoio às Conferências de Saúde, desenvolvido no âmbito do Ministério da Saúde pelo DATASUS/SGEP. Trata-se de um software já amplamente testado, inclusive em conferências nacionais de saúde recentes, concebido em módulos, desde o credenciamento dos delegados até a finalização, incluindo relatoria, permitindo também o acesso *on line*.

Merecem destaque, também, tecnologias desenvolvidas por instituições de ensino e pesquisa e apresentadas ao Laboratório de Inovação. A FIOCRUZ-DF inscreveu sua metodologia de monitoramento do processo legislativo federal, na qual interessantes instrumentos de acompanhamento foram desenvolvidos. A Universidade de Brasília, através de seu Departamento de Comunicação, apresentou proposta de comunicação

comunitária com utilização de ação multicêntrica (docência e extensão), abordando temas variados (saúde, ambiente, consciência), mediante parcerias internas diversas, inclusive com o setor de Educação. A Universidade Federal da Bahia, com forte participação do departamento de Nutrição, apresentou seu projeto denominado Espaço de Dialogo, que foi um dos premiados no Sergio Arouca em 2011, no qual mediante docência e extensão combinadas, propõe-se a criação de espaços de diálogo com a comunidade, por meio de rodas de conversa, registradas em atas e vídeos, estreitando a compreensão da comunidade sobre o SUS.

- **Ampliação, aperfeiçoamento, “revitalização” de mecanismos e instrumentos de Controle Social**

O desenvolvimento de processos e instrumentos voltados para a ampliação, aperfeiçoamento, “revitalização” (como designado em uma das experiências selecionadas) dos mecanismos de controle social são aspectos sem dúvida presentes em diversas experiências apresentadas ao presente Laboratório de Inovação. Destacam-se, aqui com maior detalhe, os casos selecionados na finalização do Laboratório, sem impedimento de que haja outros de igual interesse. São eles: Fortaleza-CE, Maringá-PR, Cuiabá-MT, além do Estado do Pará.

Em Fortaleza, de acordo com a experiência conduzida diretamente pelo Conselho Municipal de Saúde local, o foco foi colocado no que se denominou de “revitalização controle social”. Para tanto, foi estabelecida, em comum acordo e baseado na prática da gestão em saúde, uma base territorial bem definida também para os processos de participação social. Da mesma forma, foram definidos de forma consistente os processos de trabalho necessários à tal revitalização, construídos de mediante círculos (central>regional>local), assim como os instrumentos de avaliação correspondentes, também apresentados.

Do ponto de vista das inovações, pode-se falar da existência de evidências de um controle social proativo no município, com o desenvolvimento e teste de instrumentos de monitoramento e avaliação de base local e caráter ascendente, aplicáveis ao processo de controle social. A própria ideia de “revitalização do controle social” demonstra ser um conceito operacional desenvolvido com profundidade e segurança.

Em Maringá, cidade de porte médio situada na região Oeste do estado do Paraná, a experiência tem como fundamento a operação de uma Ouvidoria em Saúde de base municipal, destacando-se, no caso, certa acumulação histórica de tal processo, desenvolvido ao longo de uma história de cinco anos de atividades.

Sua inclusão na presente categoria de ampliação e aperfeiçoamento da participação social diz respeito, em primeiro lugar, à preocupação derivada da iniciativa com a capacitação continuada, quer de gestores ou de participantes do controle social. Chama atenção também a articulação de políticas diferentes, no caso, Participação Social, Ouvidoria e Humaniza-SUS ali desenvolvida.

Como resultado principal pode ser citada a implantação e mesmo o “reavivamento” de conselhos locais no âmbito municipal, considerando as condições locais complexas favorecidas pelo porte da cidade. As inovações são importantes também e vão desde o foco na qualidade de vida ao caráter itinerante das atividades desenvolvidas, sem deixar de lado o que seria um aspecto previsível, mas aparentemente pouco praticado, qual seja a associação e potencialização entre políticas diversas, ou seja, a associação entre a Ouvidoria e o Conselho Municipal de Saúde, com a criação simultânea de uma Assessoria de Controle Social como nova instância da gestão municipal em saúde.

Do Estado do Pará, com origem no Conselho Estadual de Saúde, vem uma experiência também relevante de aperfeiçoamento dos mecanismos de participação em saúde – com longa duração, pois se originou em 2004 e prossegue até a presente data. Seu foco é a designação de conselheiros por área geográfica de atuação, resultando em um conselheiro estadual responsável por até três municípios. O objetivo declarado é possibilitar maior interação e integração do CES com os Conselhos Municipais de Saúde e entre estes. Para tanto são desenvolvidas atividades diversas, tais como, visitas, palestras, ações de apoio e orientação, além de participação nas conferências municipais de saúde e fóruns de controle social de saúde.

Os processos de visita e interação são registrados em relatórios formais de atividades, apreciados pelo plenário do CES. A atividade é também amparada por Resoluções do próprio CES. Acredita-se que os resultados sejam positivos, embora não haja nenhuma reflexão sobre custos x benefícios, pois os relatórios vêm trazendo informações relevantes sobre a realidade dos CMS e das conferências municipais de saúde.

Em Cuiabá-MT se desenvolve uma ação de proteção à saúde materno infantil, mobilizada por um ente público, de natureza mista: o Comitê de Mortalidade Materna e Infantil (CMMI). Trata-se de uma atividade anual, em seu quarto ano de realização, que tem como foco a sensibilização e a mobilização de gestores, profissionais de saúde e da sociedade civil em torno da problemática da mortalidade naquelas faixas de vida.

Ela se inclui, certamente, na categoria das experiências de aperfeiçoamento do controle social, mesmo levando em conta seu objeto, por assim dizer, focal, pela ênfase colocada na facilitação da comunicação e integração entre os serviços e setores diversos, articulando parcerias intersetoriais bem amplas. Para se ter um exemplo, os fóruns de participação realizados costumam reunir público médio de 200 pessoas cada um, o que sem dúvida é bastante expressivo.

Há outras propostas que, sem dúvida, podem ser enquadradas em tal categoria, de “revitalização” do controle social. Algumas delas são mostradas e comentadas, de forma sintética, no quadro a seguir.

Propostas para a revitalização do Controle Social	
TÍTULO E ORIGEM	CARACTERÍSTICAS E INOVAÇÕES PRESENTES
Fortalecimento do Controle Social/CMS – Campo Verde – MT	Ampliação dos canais de comunicação por meio das ouvidorias e mídia, em articulação com fóruns de conselheiros e realização de oficinas, com caráter de pré-conferências. Resultado: Plano Municipal de Saúde contemplando os encaminhamentos das oficinas.
Integração Suas – SUS/SM Desenvolvimento Social – Sumaré – SP	Processo de integração intersetorial, com ênfase na comunicação e informação aos usuários
Participação da Comunidade No SUS Local/SMS DIADEMA-SP	Sistema local de controle social com estrutura bem desenvolvida com organismos múltiplos, regionalizados, em números bastante expressivos. Dupla estrutura de controle social: CMS + conselho popular, formado apenas por usuários e gestor – um modelo singular. Além destes, existem conselhos múltiplos: por exemplo, de gestores de unidades de saúde (em número de 29), de serviços especializados e de grande porte. Ocorre realização de conferências regionalizadas e também plenárias temáticas. A proposta recebeu Premio Sergio Arouca 2011
Semana do Controle Social/Prefeitura Municipal – Manaus-AM	Evento permanente, desde 2006, gerando proposta aprovada na 14ª CNS, facilitando reflexões sobre a política de saúde no município e sua interface com outras políticas públicas, com foco na promoção, prevenção e recuperação da saúde e seus condicionantes: saúde, educação, emprego e renda, transporte, saneamento, meio ambiente.

cont. Propostas para a revitalização do Controle Social	
TÍTULO E ORIGEM	CARACTERÍSTICAS E INOVAÇÕES PRESENTES
Experiência de Cogestão/ SMS Lagoa da Canoa-AL	Processos de capacitação de conselheiros municipais de saúde, visando a cogestão de serviços, com foco em conferir maior sentido ao trabalho em saúde e incrementar o grau da comunicação entre os atores da saúde com vistas à atenção e cuidados humanizados. Empregam-se estratégias de territorialização e itinerância de reuniões, com inclusão de novos atores
Melhoria da Qualidade e Acesso/SMS Caracaraí-RR	Visitas periódicas às US pelos conselheiros como forma de vencer as dificuldades impostas pela área territorial do município, com coleta de depoimentos dos usuários. Ação em articulação com o Gestor.
Conselhos Populares de Saúde/SES – Acre	Ampliação da participação popular pela criação de uma nova instancia de participação os COPS (Conselho Popular de Saúde), como forma de ampliar a participação dada a grande área territorial dos municípios do Acre.
Foruns Regionais de Conselheiros de Saúde/ CES – Ceará	Capacitação de conselheiros de saúde em 22 regiões de saúde, com oficinas de planejamento participativo utilizando a matriz FOFA (fortalezas, oportunidades, fragilidades e ameaças), seguindo-se definição de planos de ação e de orçamentos.
Realização de Plenárias de Forma Descentralizada/ CES – Rio Grande do Sul	Ações de descentralização de fóruns do controle social por meio da descentralização das plenárias de saúde, com ampliação da participação em seis regiões de saúde e 116 conselhos municipais.
Fortalecimento dos Fóruns de Usuarios e Trabalhadores do SUS/CES e CMS – Campo Grande –MS	Reuniões com lideranças comunitárias e oficinas de capacitação, com visitas de acompanhamento. Ativação de fóruns permanentes de usuários e trabalhadores do SUS. Desdobramento: diagnóstico dos conselhos municipais de saúde gerando um relatório norteador.
Colegiado Microrregional de Conselhos de Saúde/ SES Minas Gerais	Criação do primeiro Colegiado Microrregional de Conselhos de Saúde, formado por representantes escolhidos nos Conselhos Municipais da microrregião, com reuniões mensais, para discussão das demandas dos municípios para encaminhamento conjunto e mobilização entre as SMS e a SES.
Articuladores nos CMS/ ONG Pastoral da Criança	Articulação entre ONG nacional com os organismos de controle social visando monitoramento de acesso às unidades, mediante capacitação intensiva e permanente. Resultado: 1359 “articuladores” presentes em 1091 municípios, com divulgação de informações via web e formação de rede.

Como se vê, são variadas experiências realizadas em municípios de portes diversos, de todas as regiões do país. Chama atenção o protagonismo dos conselhos em algumas delas. O objetivo que as unifica é a tentativa de ir além da moldura formal do controle social, ditado pela Lei 8112, criando mecanismos e instâncias plurais de participação, como, por exemplo, conselhos locais, conselhos de unidades, fóruns temáticos, “con-

selhos populares” paralelos etc., mediante estratégias variadas, por exemplo, de territorialização, descentralização, ampliação de canais de comunicação e itinerância de reuniões. A capacitação e o desenvolvimento de instrumentos de planejamento e monitoramento de ações de saúde constitui componente bastante constante neste grupo de experiências. Especial destaque merece uma ação não governamental, qual seja aquela capitaneada pela Pastoral da Criança, que já formou mais de um milhão de “articuladores”, presentes em número proporcional de municípios.

- **Processos Educativos**

O desenvolvimento de processos e instrumentos voltados para a educação, qualificação e formação dos agentes do controle social estão presentes em diversas experiências apresentadas a este Laboratório de Inovação. É digno de destaque o caso do Estado de Goiás, selecionado na finalização do Laboratório, sem impedimento de que haja outros de igual interesse.

O agente que faz a proposição em pauta representa, por si só, um fator de inovação, por se tratar do Conselho Estadual de Saúde, que chama para si uma experiência que, doutro modo, seria considerada de competência do gestor. E não se trata de algo que tem pouca duração e ainda não foi testado; ao contrário, acumulam-se cinco anos de atividades.

As características principais do processo desenvolvido pelo CES de Goiás são, em primeiro lugar, de índole metodológica, dado a utilização de metodologia problematizadora e adaptada à realidade local, na qual as “rodas de conversa”, baseadas em “ver, julgar e agir”, se sobrepõem como estratégia de ensino-aprendizagem e adesão dos atores. Além disso, a realização de um diagnóstico de linha de base para início das atividades é fator presente na experiência.

Outros aspectos a destacar, alguns efetivamente inovadores, são: a participação dos conselheiros estaduais nas capacitações locais; o envolvimento de mídia local (radiofônica) no processo de capacitação de conselheiros e outros interessados; o apoio decidido da Igreja Católica através de uma das suas pastorais, além da formação de uma Comissão de Monitoramento dos CMS no âmbito do CES. Inovadora também, sem dúvida,

é a metodologia utilizada nos treinamentos, baseada em exercícios de problematização sobre a realidade, com ampla participação dos alunos.

Boa parte das experiências apresentadas ao presente laboratório de Inovação possui, na verdade, componentes que podem ser identificados como processos educativos. Isso já foi citado amplamente nos comentários das páginas anteriores. O quadro abaixo fornece um breve resumo dessas experiências, no que diz respeito aos processos em pauta nesta seção.

Elementos destacados no processo educativo	
ORIGEM	CARACTERÍSTICAS E INOVAÇÕES PRESENTES
SMS Florianópolis	Utilização de EAD por telessaúde no processo educativo, parceria com Universidade.
CMS Porto Alegre	Criação da comissão de educação permanente com programas e cursos de formação e capacitação dos conselheiros.
S. M. Desenvolvimento Social Sumaré-SP	Processo de integração intersetorial com ênfase na comunicação e informação a usuários.
SMS Maringá-PR	Capacitação continuada a gestores e controle social, em regimes de parceria e integração de políticas (ex. Ouvidoria, Humaniza-SUS).
Lagoa da Canoa-AL	Capacitação de conselheiros municipais de saúde visando cogestão de serviços, com ênfase em atenção e cuidados humanizados, mediante estratégias de territorialização e itinerância de reuniões.
CMS Olinda-PE	Foco no processo educativo de usuários e conselheiros, com pontes intersetoriais.
Drs/SES Maringá-PR	Educação continuada em Políticas Públicas de Saúde para conselheiros municipais, com instrumentalização dos mesmos e foco em planos e metas de pactuação. Ênfase na discussão da realidade de cada município.
ONG (CEAP) Passo Fundo-RS	Qualificação do controle social através da formação de lideranças, mediante metodologia proativa e problematizadora. Abrangência Região Sul. Formação de 360 agentes.

Como aspectos que unificam estas experiências podem ser citados: o reconhecimento de que o controle social ainda é uma atividade social que ultrapassa o mero voluntarismo e requer qualificação de seus agentes; a institucionalização abrangente do setor, dentro dos organismos gestores; a utilização de metodologias inovadoras e algumas tecnologias de informação contemporâneas; a ação intersetorial (embora, de forma cer-

tamente surpreendente, seja pouco visível a atuação das universidades e centros de pesquisa em tais processos).

Abordagem por eixos

Eixo I

O eixo I, cujo foco central é a implementação das deliberações das conferências de saúde, apresenta-se com sete experiências, todas de origem municipal, sendo duas de origem em Conselhos de Saúde e as demais em órgão gestores (SMS).

Aparecem como temas acessórios a elaboração de instrumentos de acompanhamento e monitoramento de deliberações e o processo de planejamento em si. A preocupação com componentes educativos, voltados para o maior controle por parte dos cidadãos, também está presente em várias dessas experiências. Em uma delas, Florianópolis, ocorre utilização de metodologia de EAD no processo educativo. De modo geral, tratam-se de experiências de capitais e municípios de porte médio a grande, nos quais os processos de participação social estão, sem dúvida, bem estabelecidos, inclusive em termos históricos.

Dessas experiências, aquela apresentada por Betim-MG, relativa a implementação de deliberações de conferências municipais de saúde, foi selecionada para a etapa final do Laboratório de Inovação.

Eixo II

O segundo eixo (qualidade, intersetorialidade, financiamento, tecnologia de informação e comunicação relativos ao controle social em saúde) pode ser desdobrado em seus componentes de origem municipal, estadual, não governamental e outras:

a) Experiências de origem municipal

No eixo II, que diz respeito a aspectos variados relativos à participação social, estão presentes 12 experiências de origem municipal. Destas, apenas duas têm origem em con-

selhos municipais de saúde, além de uma de um colegiado microrregional de conselhos de saúde. As restantes provêm dos órgãos gestores, com algumas particularidades: há uma experiência de origem em unidade local; uma de origem em comissão mista de controle da mortalidade materna e infantil, além de uma que tem origem em secretaria diferente da saúde (Desenvolvimento Social).

A temática é, naturalmente, diversificada, destacando-se, entre outros, os seguintes componentes: organização microrregional da participação social; apreensão dos processos e acompanhamento da alocação de recursos; atribuições dos conselheiros; ampliação do quadro de atores participativos; gestão compartilhada; ouvidoria; educação e comunicação social; criação de eventos participativos.

Em um termo síntese, são experiências que demonstram, em graus diferentes, preocupações com o aperfeiçoamento e o aprofundamento de processos de participação e controle social já em andamento, aspecto que em uma das experiências apresentada (Fortaleza) é denominado de “revitalização”, mais do que a mera implementação inicial dos mesmos.

Algumas características efetivamente inovadoras podem ser destacadas nestas experiências, citando-se como exemplos, de forma não exaustiva: organização regional da participação social (MG); descentralização financeira (Guarulhos-SP); criação da ‘Semana do Controle Social’ em Manaus-AM; desenvolvimento de uma matriz de planejamento em Crateús-CE; exercício de uma dupla estrutura de controle social em Diadema-SP; utilização de novas tecnologias de informação e comunicação em Joinville-SC, entre outras.

Cinco dessas experiências, o número mais expressivo dentre todas as categorias, foram selecionadas para a etapa final do Laboratório de Inovação. São elas: (1) Revitalização do Controle Social, de Fortaleza-CE; (2) Jornal Virtual, de Joinville-SC; (3) Ouvidoria em Saúde, de Maringá-PR; (4) Oficinas de Planejamento Municipal, de Crateús-CE e (5) Comitê de Mortalidade Materna e Infantil, de Cuiabá-MT.

b) Experiências de origem estadual

As experiências estaduais somam 14, a maioria das quais tendo os conselhos de saúde respectivos como propositores individuais ou em parceria com as SES, Isso, sem dúvida, constitui aspecto inovador e digno de nota, valendo ressaltar que o mesmo não ocorre no âmbito municipal, no qual a participação do gestor é menos numerosa e predominante. Há pelo menos um caso, o de Campo Grande-MS, de associação entre o Conselho Estadual de Saúde e o Conselho Municipal respectivo.

Ocorrem temáticas variadas, com foco predominante nos processos educativos, formativos e comunicativos, além de acompanhamento de ações. Alguns exemplos significativos: descentralização das ações de controle social; planejamento participativo; desenvolvimento e implementação de instrumentos de monitoramento; integração com ouvidoria; orçamento e finanças; ampliação dos fóruns participativos; focos diferenciados e atuação do controle social (exemplos: saúde do trabalhador e população LGBT).

Exemplos de práticas inovadoras estão presentes, com destaque para: uso de tecnologias de informação (Goiás e Pernambuco); descentralização do controle social (Pernambuco, Paraná, Rio Grande do Sul e Pará); integração Conselho – Ouvidoria (Mato Grosso); monitoramento e avaliação de CMS (Mato Grosso do Sul); formação de Conselhos Populares de Saúde (Acre); uso de metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem (Goiás), entre outros.

Das experiências estaduais apresentadas, duas foram selecionadas para a etapa final do Laboratório de Inovação, ambas com origem em Conselhos, a saber: (1) Educação Permanente nos Conselhos Municipais de Saúde, do CES de Goiás e (2) Conselheiros de Saúde por Área de Atuação, do CES Pará.

c) Experiências de origem não governamental

São sete as experiências originadas de organizações não governamentais. Sua temática é variada, mas existe um foco em problemas e agravos que afetam grupos populacionais mais vulneráveis, por exemplo: mães, crianças, portadores de AIDS e tuberculose.

Os componentes de monitoramento e avaliação também estão presentes com certa constância.

A ação local predomina, mas há pelo menos três dessas experiências que possuem abrangência intermunicipal e até mesmo interestadual e nacional, como é o caso daquelas apresentadas pelo Grupo Pela Vidda, do Rio de Janeiro; pela proposta de Auditoria Cívica, como foco em Imperatriz-MA, mas apresentada por uma ONG do DF; pela Pastoral da Criança e pelo CEAP de Passo Fundo-RS.

Dessas experiências, as de Controle da Tuberculose em Manaus e a de Auditoria Cívica, foram selecionadas para a etapa final do Laboratório de Inovação.

Em termos de processo inovadores, destaca-se o desenvolvimento e a utilização de instrumentos de acompanhamento de monitoramento e, especialmente, a formação de um novo ator do controle social, o “articulador”, nos termos propostos pela Pastoral da Criança.

d) Experiências de origem federal

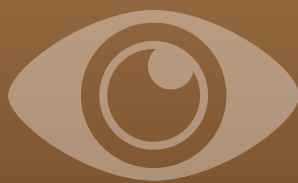
Apenas uma experiência pertence a esta categoria, relativa ao Sisconferencia – sistema de apoio às conferências de saúde, sendo apresentada pelo Datasus/SGEP/MS. Trata-se de um software já amplamente testado, inclusive em conferências nacionais de saúde recentes, concebido em módulos, abrangendo desde o credenciamento dos delegados até a finalização, incluindo relatoria, com possibilidade de acesso *on line*.

Apesar de tais características inovadoras, não logrou ser selecionada para a etapa final deste Laboratório de Inovação.

e) Experiências de origem em instituições de ensino e pesquisa

Apenas quatro experiências se enquadram nesta categoria, embora tenha havido participação deste tipo de instituição em algumas experiências pertencentes a outras categorias, geralmente de origem municipal.

Sua temática foi variada, com predomínio de processos de comunicação e educação (dois casos). Nenhuma delas logrou ser selecionada para a etapa final do Laboratório de Inovação, embora alguns processos inovadores, em termos de educação e comunicação social, possam ser detectados nas mesmas, além do uso de tecnologias de informação.



Capítulo V: Laboratórios de Inovação em Participação Social – Perspectivas Futuras

Com os resultados alcançados nos dois primeiros eventos (2011 e 2012) decorre a possibilidade de se aprofundar e ampliar as conclusões e as lições obtidas, com vistas a torná-las acessíveis, de forma prática, ao conjunto dos conselhos e dos organismos de gestão pública da saúde no Brasil.

Assim, os objetivos propostos para a continuidade do projeto dos laboratórios de inovação em participação social em saúde seriam: (a) aprofundar os processos de inclusão da comunidade de usuários nas decisões relativas à implementação de políticas públicas de saúde; (b) desenvolver estratégias e instrumentos de formulação e avaliação de políticas, com foco em mecanismos projetivos de análise de factibilidade (“ex-ante”); (c) introduzir no cenário questões para as quais os eventos anteriores trouxeram importantes contribuições, tais como, qualidade; humanização; acompanhamento de contas públicas e controle de desvios; gestão de conflitos de interesse; participação no cotidiano e na “ponta da linha”; inclusão de atores não organizados ou “sem voz”; utilização de tecnologias de informação etc.

São sugeridos, nas linhas abaixo, novos recortes temáticos e novas estratégias de desenvolvimento e continuidade da iniciativa dos laboratórios de inovação em participação social em saúde para o ano 2013 e subsequentes.

Novas temáticas

- Valorização da inserção do tema da participação, com utilização de múltiplas ferramentas de apoio derivadas das tecnologias de informação e das redes sociais.

- Participação no âmbito dos movimentos sociais com o desenvolvimento de círculos virtuosos entre gestores públicos e instituições da sociedade civil.
- Redução da distância entre o conhecimento leigo e o técnico-jurídico, bem como entre o direito instituído e o direito vivido no cotidiano das pessoas.
- Inclusão progressiva de novos atores nos processos de participação, além dos representantes governamentais e lideranças em geral, com ampliação de temas, parcerias e estratégias diferenciados, de natureza setorial e intersetorial.
- Situações de participação social em municípios pequenos e das regiões menos desenvolvidas.
- Extrapolação da moldura normativa vigente, como a lei nº 8.142 e a resolução nº 333, com a criação de comitês, conselhos de unidades, grupos de cidadãos, estratégias de mobilização massiva, novas formas de democracia direta etc.
- Ênfase na capacitação não só de conselheiros, mas também do cidadão em geral.
- Foco nos processos de planejamento, com apoio em evidências, em bases de dados, em formulações demográficas e em indicadores confiáveis, nos quais estão presentes os processos participativos.
- Avaliação participativa da qualidade dos serviços prestados e acompanhamento do desempenho das políticas públicas setoriais e extrasetoriais.

Introdução de objetivos e estratégias diferenciadas

- Instituição de um observatório da participação social em saúde, como iniciativa para detectar, valorizar e acompanhar, além de sistematizar e divulgar, experiências de participação e inclusão inovadoras, recentes e concretas, relativas à gestão da saúde, com foco na gestão efetiva do conhecimento acumulado, com base em evidências relativas às soluções, instrumentos e práticas, de forma a promover o apoio aos conselhos de saúde dos três níveis de governo, visando a incorporação de soluções e práticas inovadoras nas suas competências e habilidades.
- Introdução mais sistemática de alguns requisitos para se categorizar as inovações na participação, por exemplo: (a) análise e diagnóstico do problema que se pretende resolver; (b) justificativa e argumentação relativas à necessidade da introdução da nova prática ou solução inovadora; (c) comprovação da viabilidade e da sustentabilidade técnica e financeira da intervenção; (e) estado da arte das ações de sensibilização, de

- comunicação e de treinamento de pessoas (técnicos, conselheiros comunidade); (f) utilização de novas tecnologias de informação e inovações em geral.
- Esforço de socialização das conclusões dos laboratórios i e ii, com a divulgação material e on-line do material produzido no mesmo, o que inclui um livro-base, além de diversos textos e coletâneas de referências; de forma associada, os conselhos de saúde das três esferas de governo serão convidados a realizar discussões sobre o tema no âmbito de suas plenárias e comissões.
 - Dinâmica permanente de estudos de caso relativos a práticas mais significativas e inovadoras, mediante convite a pesquisadores e especialistas que tenham se dedicado a tal tema, com desenvolvimento de instrumentos de acompanhamento de atualização das informações já disponíveis, mediante investigação on-line com envolvimento dos atores diretamente relacionados às referidas experiências – com resultados a serem divulgados mediante o observatório já citado.
 - Manter, no observatório de participação, textos disponíveis em outras línguas, devidamente traduzidos ou adaptados, com oferta de links dos referido material e de instituições voltadas para o tema no Brasil e em outros países.
 - Introduzir categorias temáticas novas no edital de convocação, por exemplo, em relação às tecnologias de informação, inovações, inclusão de novos atores, participação de ONG e extrapolação da moldura normativa vigente, além de outros quesitos citados no item relativo a “temáticas”, acima.
 - Por último, mas não menos importante, retomar a ideia de ampliar a base de participação de experiências no próximo Laboratório de Inovação em Participação Social, de forma a incluir experiências de outros países da América Latina e mesmo de outras regiões. Para tanto, é preciso avaliar com mais profundidade os motivos de a convocatória de 2012 ter obtido baixo índice de respostas. Com isso, podem se abrir novas possibilidades, tais como, a ampliação do prazo das inscrições, o envolvimento mais intensivo dos Escritórios da OPAS nos países, a parceria com entidades da área de Saúde Coletiva com atuação em tal âmbito, como a ALAMES, além de arregimentar autores e grupos de pesquisa atuantes no domínio da participação social em saúde nos países latinoamericanos e em outros contextos.



Anexo: Síntese individualizada das experiências inscritas no segundo laboratório de inovação em participação social na saúde

Recortes por eixos

Eixo I – Implementação das deliberações das conferências de saúde (processos e/ou ferramentas para a inclusão das decisões das conferências nos planos de saúde/monitoramento de sua implementação)

Experiências municipais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS/POSSÍVEIS INOVAÇÕES
11	Balanço de Deliberações VII Conferência Diadema – SP SMS	Acompanhamento de deliberações conferência municipal de saúde/Processos de controle social bem estabelecidos (formação de conselhos e conferências sucessivas)/Participação social em cifras expressivas/ Lógica territorializada/Bom sistema de documentação e registro (deliberações)/Processos educativos bem desenvolvidos Inovações: Acompanhamento de deliberações conferência municipal de saúde/foco em prestação de contas (accountability)/Introdução de uma nova cultura

cont. Experiências municipais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS/POSSÍVEIS INOVAÇÕES
25	Implementação de Deliberações de Conferencias Betim – MG SMS	Modelo de atenção e gestão: ponto de partida apresentado publicamente, gerando informações para o PMS/Lei municipal surge do processo/Saúde em plano plurianual de governo Prestação pública de contas trimestral/Ciclos de programação e reprogramação/Parceria com Academia (PUC- MG)/Territorialização do controle social/Preocupação com educação permanente Inovações: Processo de participação da comunidade no planejamento (PDCA)/Atenção para relatórios de gestão apresentados nas prestações de contas/Idem acompanhamento e monitoramento de deliberações de CfMS
10	Planejamento Participativo em Conselhos Locais Florianópolis – SC SMS	Características: Foco em conselhos locais de saúde/ Parcerias: universidades Foco em planejamento/Processo em curso com ofertas bem definidas/Utilização de tecnologia da informação (EAD, formação de blogs)/Utilização de instrumentos de planejamento/Acompanhamento da implementação de deliberações de Conferência Municipal de Saúde Inovações: Utilização de EAD por telessaúde no processo educativo/Utilização de ferramenta de gerenciamento: Project Management Institute (PMI), ZOPP, SWOT
57	Implantação dos Conselhos Locais SMS de Anchieta – ES	Premio Sergio Arouca 2011 implantação dos conselhos locais de saúde conforme recomendação da 12 CNS/ação dos profissionais de saúde municipais/processo de sensibilização de gestores, e profissionais, mobilização da comunidade, criação da lei garantindo o caráter sustentabilidade
54	Educação Permanente como Estratégia de Ampliação do papel do CMS CMS – Porto Alegre	Criação da comissão de educação permanente em 2006/programa de educação permanente/cursos de formação e capacitação dos conselheiros
58	Fortalecimento do Controle Social CMS – Campo Verde – MT	Ampliação dos canais de comunicação por meio das ouvidorias e mídia/articulação com os fóruns de conselheiros/realização de oficinas/plano municipal de saúde contemplando os encaminhamentos das oficinas realizadas com a comunidade que foram chamadas pré-conferencias.

cont. Experiências municipais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS/POSSÍVEIS INOVAÇÕES
60	Roteiro Instrumental para Coleta de Informações RICIPS SMS – São Paulo	Criação de um roteiro instrumental de coleta de informações nas unidades de saúde: RICIPS – Produção de Serviços na Rede de Assistência à Saúde/capacitação dos agentes de aplicação dos roteiros/visitas trimestrais/instrumento de avaliação e monitoramento/aponta a evolução dos serviços prestados aos usuários do SUS/agilidade de coleta e análise dos dados Inovações: criação de instrumento de coleta de informações dobre os serviços de saúde

Eixo II – Controle Social (acesso, qualidade, intersetorialidade, financiamento, tecnologia de informação e comunicação na elaboração e monitoramento das políticas, ações e Serviços de Saúde)

Experiências Municipais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS
19	Revitalização do Controle Social Fortaleza – CE Conselho Municipal de Saúde	Revitalização controle social/Base territorial bem definida/Processos de trabalho bem definidos (central>regional>local)/Instrumentos de avaliação apresentados/controle social pro ativo Inovações: Desenvolvimento de instrumentos de monitoramento e avaliação de base local/ Desenvolvimento de conceito: “revitalização”
18	Jornal Virtual Joinville – SC CAPS Local	Compartilhamento dos diversos processos de elaboração da proposta com os usuários do CAPS/ Divulgação ampla do processo (comunidade como um todo)/Preocupação com inclusão digital Inovações: Marketing em saúde mental/mídias alternativas e redes sociais como ferramentas essenciais de protagonismo/Inovação tecnológica: Jornal Virtual/Inclusão digital de usuários do CAPS
24	Integração Suas – SUS Sumaré – SP SM Desenvolvimento Social	Processo de integração intersetorial/Foco na comunicação e informação a usuários

cont. Experiências Municipais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS
22	Ouvidoria em Saúde Maringá – PR Ouvidoria/SMS	História de 5 anos de atividades/Capacitação continuada (gestores e e controle social)/Articulação com Humaniza-SUS/Implantação e “reavivamento” de conselhos locais/Município de 362 mil habitantes/ Foco na qualidade de vida Inovações: Caráter itinerante das atividades/ Associação entre Ouvidoria e Conselho (Assessoria de Controle Social como nova instância da gestão municipal em saúde)
51	Participação da comunidade no SUS local Diadema – SP SMS	Premio Sergio Arouca 2011/relato de evolução de um sistema local de controle social com estruturação muito bem desenvolvida com organismos múltiplos, regionalizados/números bastante expressivos Inovações: Dupla estrutura de controle social: CMS + conselho popular, formado apenas por usuários e gestor – um modelo singular/Existem conselhos múltiplos: CMS, CPS, gestores de unidades de saúde (em número de 29), de serviços especializados e de grande porte/Realização de conferências regionalizadas e também plenárias temáticas
15	Oficina de planejamento municipal Crateús – CE SMS	Foco no planejamento e programação via PMS/ Envolvimento de conselheiros em oficinas/ pluralismo/Associação de áreas meio e fins da SMS/ Roteiro bem definido/Processo sob monitoramento Inovações: Uso de metodologia qualitativa – indutiva/ Ver roteiro de tópicos para cada setor/Produção de matriz com 140 ações (instrumento)
32	Semana do controle social Manaus Prefeitura municipal	Evento permanente, desde 2006/gerou proposta aprovada na 14ª CNS/reflexão sobre a política de saúde no município e interface com outras políticas públicas, visando a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde da população, por meio dos condicionantes: saúde, educação, emprego e renda, transporte, saneamento, meio ambiente/atividades de comunicação social bem estruturadas Inovações: Realização de uma “semana” para o CS anualmente

cont. Experiências Municipais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS
31	Experiência de cogestão Lagoa da Canoa – AL SMS	Relato de processos de capacitação de conselheiros municipais de saúde/visando cogestão “entendendo que quando bem trabalhada nos setores e serviços ela pode dar sentido ao trabalho, aumentar o grau da comunicação entre os atores da saúde (trabalhador, gestor e usuários) garantindo atenção e cuidados humanizados”/estratégias de territorialização e itinerância de reuniões/inclusão de novos atores
48	Fórum de mobilização pela redução da mortalidade materna e infantil Cuiabá – MT CMMI	Atividade anual, em seu 4º ano de realização/ sensibilização dos gestores, profissionais de saúde e a sociedade civil/facilitação da comunicação e integração entre os serviços/setores, articulando parcerias intersetoriais/parcerias amplas/média de público de 200 pessoas por fórum
16	Desafio gestão participativa Olinda – PE Conselho Municipal de Saúde	CMS como protagonista direto da experiência/ Experiência acumulada 03 anos/CMS Olinda existe desde 1988/Pontes intersetoriais/Foco no processo educativo/Idem Prestação de Contas/Inclusão no processo decisório da Política de saúde local/ incremento da participação em diversos fóruns Inovações: Criação de assessoria contábil à comissão de orçamento e finanças
36	Sem título CES – Goiás	CES como protagonista direto da experiência/ Experiência recente/paralisação das ações do conselho/uso de mídia para divulgar importância do conselho/mobilização/intervenção do tribunal de contas (parceria)/ Inovações: Uso de facebook, twitter, blog para divulgar e mobilizar
35	Melhoria da qualidade e acesso Caracarái – RR SMS	Visitas periódicas às unidades de saúde por parte dos conselheiros como forma de vencer as dificuldades impostas pela área territorial do município (maior do estado)/coleta de depoimentos dos usuários/ articulação com gestor/reuniões periódicas/ampliou entendimento dos conselheiros sobre seu papel

cont. Experiências Municipais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS
59	Programa de Recursos Descentralizados na Saúde (Prorede) SMS – Guarulhos – SP	Criação do programa de recurso descentralizados por meio de lei municipal/definição de critérios para o repasse (plano de ação e plano de aplicação/ realização de convênios/proporcionou a rápida solução de ações nas unidades/maior envolvimento e compreensão do SUS por parte da comunidades locais/ Inovação: Descentralização dos recursos do SUS para as unidade de saúde da rede municipal/mecanismos de controle e prestação de contas

Experiências Municipais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS
9	Monitoramento da Tuberculose SES Ceará	Ação em rede, governo e ONG/Foco em visitas em Unidades de Saúde c/relatório de recomendações/ Ênfase comunicação e educação
7	Diagnóstico de CMS Mato G Sul – Plenária de Saúde	Avaliação dos CMS do Estado de MS (estrutura e processos)
34	Educação permanente nos CMS CES GOIÁS	Duração 5 anos/uso de metodologia problematizadora e adaptada à realidade local/“roda de conversa” e “ver, julgar e agir”/realização de diagnóstico linha de base para início das atividades/ participação dos conselheiros estaduais nas capacitações locais/envolvimento da mídia local (radiofônica) no processo/apoio de Pastoral da Igreja Católica Inovações: Formação de uma Comissão de Monitoramento dos CMS no âmbito do CES/ metodologia sem dúvida inovadora

cont. Experiências Municipais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS
44	Conselheiros Estaduais de Saúde por Área de Atuação Pará CES	Duração de 2004 a até a presente data/designação de conselheiros por área geográfica de atuação/objetivo: possibilitar interação e integração com conselhos municipais de saúde/um Conselheiro Estadual responsável por até três municípios/atividades: visitas, palestras, apoio, orientação e participação nas conferências municipais de saúde e fóruns de controle social de saúde/relatórios apreciados pelo Pleno do CES/atividade amparada por Resoluções do próprio CES/resultados: relatórios trouxeram informações da realidade dos CMS e conferências de saúde. Inovações: conselheiros de saúde responsáveis por áreas geográficas
28	Apoio regional CMS SES – Regional Maringá – PR	Educação continuada em Políticas Públicas de Saúde para conselheiros municipais/Instrumentalização dos mesmos relativa a Conferências Municipais de Saúde e formação dos Conselhos Municipais da Saúde/foco em planos e metas de pactuação/duração desde 2008, contínua/ênfase na discussão da realidade de cada município, com acompanhamento técnico da SES – Regional
29	Seminário Estadual de Saúde População LGBT CES + SES Pernambuco	Realização de Seminário Estadual de Saúde da População LGBT no Controle Social/sensibilização de gestores, trabalhadores e usuários do SUS acerca da legislação e recursos/subsidiar o Comitê Técnico Estadual LGBT/propostas para Política Estadual de Saúde para a População LGBT com participação de atores diversificados/foco em vivências e práticas dos participantes/efetivação de Comitê Técnico Estadual de Saúde Integral de LGBT e de ambulatório especializado para atendimento aos mesmos.

cont. Experiências Municipais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS
27	Oficinas Regionais de Orçamento e Finanças Pernambuco CES	Realização de oficinas regionais de orçamento e finanças/parcerias: Tribunal de Contas, COSEMS, Controladoria Geral da União, MPPE e Tribunal de Contas da União/"momento importante para o fortalecimento do controle social na área de orçamento e finanças públicas da saúde"/oficinas pelas Gerencias Regionais de Saúde da SES/oficina com até 100 membros de conselhos municipais de saúde/"ambiente para o aprofundamento do debate em relação às dificuldades encontradas na área de orçamento e finanças públicas em saúde
26	Seminário de Comunicação e TI Pernambuco CES	Realização de Seminário de Comunicação, Tecnologia e Informação em Saúde/parte da do Plano Estadual de Saúde 2012/2015/mais 4 (quatro) Oficinas de Comunicação, Tecnologia e Informação em Saúde nas quatro Regiões do Estado/objetivos: criar uma rede de comunicação entre o Conselho Estadual de Saúde (CES) e os demais Conselhos Municipais de Saúde (SMS), visando o fortalecimento do controle social e capacitar os atores sociais/inclui capacitação para criação de blogs e redes sociais/ações e recomendações propostas consolidadas e submetidas ao CES/PE para implantação e monitoramento Inovações: uso de TI
43	Conselhos Populares de Saúde SES – ACRE	Ampliação da participação popular pela criação de uma nova instancia de participação os COPS (conselhos populares de saúde)/a grande dimensão do município dificulta a participação/mecanismo de ampliação da participação/processo de seleção de membros segue mesma formatação do conselho/ permite maior transparência/
49	Ouvidoria de Saude CES – Cuiabá – MT	Uso do espaço da ouvidoria para encaminhar ações e politocas de saúde/boletim informativo/aproximação do MP para encaminhamentos/identificação do crescimento das demandas dos usuários/maior divulgação de espaços de participação popular (ouvidoria)

cont. Experiências Municipais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS
42	Saúde do trabalhador Pernambuco CES	Promoção de espaços de diálogo para definição de estratégias de implementação da política de saúde do trabalhador/articulação em CERESTs municipais e regionais/Fóruns regionais Construção de diagnósticos de adoecimento/ampliação das CIST municipais e propostas de ação na área/proposta de educação permanente no âmbito da saúde do trabalhador Inovações: articulações das CEREST regionais
41	Foruns Regionais de Conselheiros De Saúde CES – CE	Ações de capacitação dos fóruns de conselheiros de saúde que congregam 22 regiões de saúde/oficinas de planejamento participativo utilizando a matriz FOFA (fortalezas, oportunidades, fragilidades e ameaças)/experiência com duração de 1 ano/definição de planos de ação para o fórum e definição de orçamentos anuais e fortalecimento do papel dos conselheiros.
62	Realização de plenárias de forma descentralizada CES – Rio Grande do Sul	Ações de descentralização de fóruns do controle social por meio da descentralização das plenárias de saúde/ampliação da participação pelo envolvimento de 6 regiões de saúde e com representação de 116 conselhos municipais/aumento da motivação dos conselheiros Inovações: descentralização das plenárias de saúde
55	Fortalecimento dos fóruns de usuários e trabalhadores do SUS CES e CMS – Campo Grande – MS	Reuniões com lideranças comunitárias/oficinas de capacitação do SUS/visitas de acompanhamento das reuniões dos fóruns nos municípios/ativação dos fóruns permanentes de usuários e trabalhadores do SUS/desdobramento: diagnóstico dos conselhos municipais de saúde gerando um relatório norteador Inovações: ativação dos fóruns como eventos permanentes, desencadeadores de processos de ampliação do diagnóstico da atuação dos conselhos municipais

cont. Experiências Municipais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS
61	Colegiado microrregional de Conselhos de Saúde SES – Pará de Minas – MG	Criação do primeiro Colegiado Microrregional de Conselhos de Saúde, formado por representantes escolhidos nos Conselhos Municipais da microrregião/realização de reuniões mensais, onde são discutidas as demandas dos municípios/ encaminhamentos conjuntos e mobilização das SMS e SES, deputados estaduais e federais/mobilização/ ampliação da capacitação de conselheiros. Inovações: criação de colegiado de CMS.

Experiências Não Governamentais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS
21	Rede Nacional Adolescentes com HIV Rio de Janeiro – RJ ONG Pela Vidda	Formação de uma possível rede nacional de adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS/ Pesquisa qualitativa desenvolvida através da técnica narrativa de histórias de vida, biografias e documentos pessoais para investigação social/ Desdobramentos além dos limites do RJ Inovações: Desenvolvimento de pesquisa qualitativa
12	Articuladores nos CMS Nacional ONG Pastoral da Criança	Articulação ONG + controle social/Monitoramento de acesso nas unidades/Capacitação intensiva com caráter permanente Inovações: Presença do “articulador” (1359 em 1091 municípios)/Divulgação de informações via web (“www.rebidia.org”)/Formação de rede
20	Controle Social na Prevenção AIDS João Pessoa – PB ONG Amazona	Atuação em rede local + nacional/Foco em pesquisa/ monitoramento Inovações: Produção de caderno informativo/ Produção de instrumentos de monitoramento/Idem metodologia de análise/ Apresenta recomendações importantes

Experiências Não Governamentais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS
14	Auditoria Cívica Imperatriz – MA ONG (DF)	Conceito de “auditoria cívica”/Preocupação com recomendações registradas formalmente em relatório entregue a autoridades municipais Inovação: caráter cívico (social) da auditoria
5	Controle Tuberculose Manaus – AM ONG Local	Ação em rede, governo e ONG/Ação educativa + comunicativa, inclusive sociedade civil/Ação no sistema prisional/Usos de tecnologias de informação/Dados numéricos expressivos/Enfrentamento do “fator amazônico”/Ação multidisciplinar Inovações: Criação de uma sala de situação TBC/ Videoconferência + uso de TI
6	Saúde e Solidariedade Tucunduva – RS ONG Local	História de 6 anos de atividades/Hospital comunitário com forte componente de voluntariado e parcerias/ Atores múltiplos/Mobilização social/rede
30	Curso de Formação de Agentes Multiplicadores do Direito à Saúde Passo Fundo – RS ONG (CEAP)	Atividade realizada entre 2000 e 2009, atualmente interrompida/abrangência Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná/qualificação do controle social através da formação para lideranças/metodologia proativa e problematizadora/360 pessoas formadas Inovações: metodologia
39	Experiência de Monitoramento – Morte Materna Paraíba ONG (Casa da Mulher Catarina)	Estudo da mortalidade materna/experiência de monitoramento/envolvimento do MPF/firmados termos de ajuste de conduta/ampliando diálogo SES E SMS realizada desde 2005/desenvolvimento de ferramenta de monitoramento. Inovações: Ferramenta de monitoramento das ações de assistência e prevenção à mortalidade materna

Experiências de Órgãos Federais		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS
33	Sisconferencia – Sistema de Apoio Às Conferencias de Saúde DATASUS/SGEP/MS Nacional	Sistema amplamente testado, inclusive em conferências nacionais de saúde recentes/concebido em módulos, desde o credenciamento dos delegados até a finalização, incluindo relatoria/permite acesso <i>on line</i> Inovações: Sistema inovador, em si

Experiências de Universidades e Centros de Pesquisa		
Nº INSCR	EXPERIÊNCIA (PALAVRAS-CHAVE)	CONCEITOS E PRÁTICAS DESENVOLVIDAS
23	Psicologia e Cidadania Londrina – PR Curso de Psicologia UNOPAR	Acompanhamento de deliberações conferencia municipal de saúde (objetivo anunciado, mas não cumprido)/diagnóstico de saúde em grupo de mulheres/Ação em médio/grande município/ Parcerias com ONGs + instituição universitária
17	Monitoramento Legislativo Brasília – DF Fiocruz DF	Monitoramento do processo legislativo federal Inovações: Desenvolvimento de instrumentos de acompanhamento
13	Comunicação Comunitária Brasília – DF Universidade de Brasília	Ação universitária multicêntrica (docência e extensão)/Temas variados (saúde, ambiente, consciência)/Parcerias diversas, inclusive com o setor de Educação Perspectiva dialógica Inovações: Processo educativo “freiriano”/Oficinas de criação (música, rap, rádio etc)
56	Espaço de Dialogo PINAB – UFBA – PB	Premio Sergio Arouca 2011/Ação universitária (docência e extensão) com forte participação do departamento de Nutrição/criação de espaços de dialogo com a comunidade por meio de rodas de conversa/registro em atas e vídeos/documentário produzido, estreitando a compreensão da comunidade sobre o SUS Inovações: utilização de metodologias que proporcionam ampliação do dialogo com a comunidade e utilização de meios audio visuais para ampliar esse processo.

Experiências que não se adequaram ao edital		
8	A incidências de Aids em idosos:	UnB – Ceilandia
3	Sistema gerenciador de ambiente laboratorial	Ministério da saúde
2	Elaboração da carderneta de saúde do prog de saude do homem	Novo Lino – Alagoas
1	Capacitação ao tratamento de diabetes	ANAD – São Paulo
4	Sistema ampliação do acesso e melhoria da qual de atenção em saúde mental	Tucuman – Argentina
38	Fortalecimento do aleitamento materno	Lavras – MG
47	Tai chi chuan e li gong	Blumenau – SC
50	Combate a pobreza	Manaus – AM
45	Implantação do SPE na rede de saúde	Sumaré – SP
37	Vacinação – pesquisa	Manaus – AM
46	Sem título – Frente de apoio comunitario sonho nosso	Nova Alta Paulista – SP
40	Vivencia voluntária dos alunos de graduação em S. Coletiva da UFPR	Matinhos – PR
63	Projetos para a comunidade APAE	Paranaíba – MS



Bibliografia

Bispo Júnior, Jp, Gerschman, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(1):7-16.

Bobbio L. Types of deliberation, *Journal of Public Deliberation*. 2010; 6(2). [acesso 20 dez. 2011]. Disponível em: <http://services.bepress.com/jpd/vol6/iss2/art1>.

Bobbio L. (a cura di). A più voci. *Amministrazioni pubbliche, imprese, associazioni e cittadini nei processi decisionali inclusivi*, Presidenza del Consiglio, Dipartimento della Funzione Pubblica, Edizioni Scientifiche Italiane. [acesso 17 mar 2013]. Disponível em: <http://partecipazione.formez.it/sites/all/files/A%20pi%C3%B9%20voci.pdf>.

Bobbio N, Matteucci N, Pasquino P. *Dicionário de Política*. Brasília: LGE/UnB; 2004.

Brose, M. Estudo de Casos Brasileiros de Participação Extra-Saúde (Documento Analítico sobre Instrumentos de Participação em Políticas Públicas). Texto apresentado ao Laboratório de Inovação sobre Inclusão dos Cidadãos nas Políticas Públicas de Saúde. Brasília, 7 e 8 de novembro de 2011. Mimeo. Brasília: OPAS, CNS; 2011.

Cortês, SV, organizador. *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 205 p.

Fedozzi L; Borges Martins, AL; Nogueira, F; Pianta, G; Corrêa, C; Pontes, J; Cruz, M; Borba, S. Participação, Cultura Política e Cidades. *Sociologias*, maio/ago. 2012; 14(30):14-44.

Godbout, J. *La participation contre la démocratie*. Montréal: Saint-Martin, 1983.

Goulart, FA. Poder Deliberativo, Paridade, Autonomia: Dilemas da Participação Social em Saúde no Brasil. [acesso 12 fev. 2013]. Disponível em: [Http://www.idisa.org.br/img/file/dilemasdaparticipacaosocial.pdf](http://www.idisa.org.br/img/file/dilemasdaparticipacaosocial.pdf).

Almeida, DCR; Cunha, ESM. A análise da deliberação democrática: princípios, conceitos e variáveis relevantes. In: Pires, RR (organizadores). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília, DF: IPEA; 2011. (Diálogos para o Desenvolvimento, 7).

Cunha, ESM; Almeida, DCR; Faria, CF; Ribeiro, UC. Uma estratégia multidimensional de avaliação dos conselhos de políticas: dinâmica deliberativa, desenho institucional e fatores exógenos. In: Pires, RR (organizadores). *Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação*. Brasília, DF: IPEA; 2011. (Diálogos para o Desenvolvimento, 7).

Lavalle AG. Após a Participação: Nota Introdutória. *Lua nova*. São Paulo, 2011; 84:13-23.

Paim JS. *Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1986. (Estudos de Saúde Coletiva, 4).

Testa, P. *Health Policies and Citizens Participation in Europe*. Texto apresentado ao Laboratório de Inovação sobre Inclusão dos Cidadãos nas Políticas Públicas de Saúde. Brasília, 7 e 8 de novembro de 2011. Mimeo. Brasília: OPAS, CNS; 2011.

ISBN: 978-92-75-71784-4



9 789275 717844



Conselho Nacional de Saúde

Ministério da Saúde

