



CADERNO DE ATIVIDADES

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

MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE

Barjas Negri

SECRETÁRIO DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Gabriel Ferrato dos Santos

DIRETORA DO DEPARTAMENTO DE GERENCIAMENTO DE INVESTIMENTOS

Rosani Evangelista da Cunha

COORDENAÇÃO NACIONAL

Antônio Ivo de Carvalho (ENSP/FIOCRUZ) - Coordenador

Ana Maria Segall Corrêa (DMPS/FCM/UNICAMP)

Antônio Alves de Souza (NESP/CEAM/UnB)

Cornelis Johannes van Stralen (NESCON/UFGM)

CONCEPÇÃO PEDAGÓGICA

Ana Maria Costa

Antônio Alves de Souza

Antônio Ivo de Carvalho

Cornelis Johannes van Stralen

Eduardo Stotz

Giovanni Gurgel Aciole

Maria Helena Salgado Bagnato

Mariska Ribeiro

Virgínia Torres Schall

COLABORADORES

Adalgiza Balsemão Araújo

Adriane Pianowski

Ana Maria Segall Corrêa

Clara de Assis Vale Evangelista

Edjanece Guedes de Melo Romão

Eucilene Maia Franco

Heloisa Bearzoti Pires

João de Deus Gomes da Silva

Márcia Cristina Marques Pinheiro

Maria da Graça Silva Xavier

Maria Laura Sales Pinheiro

Maria Sílvia Coutinho Carvalhal

Marília Coser Mansur Mesquita

Rafaela Cardoso Freire

Regina Celi Nunes dos Santos

Regina Helena Lemos Pereira Barbosa

Ricardo Ceccim

Rosângela Maria Sobrinho Sousa

Vanderléa Laodete Pulga Daron

Yara de Oliveira Corrêa



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE GESTÃO DE INVESTIMENTOS EM SAÚDE

DEPARTAMENTO DE GERENCIAMENTO DE INVESTIMENTOS

CADERNO DE ATIVIDADES

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

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

BRASÍLIA – DF

2002

© 2002 – MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 50.000 exemplares

CONTRATO 031/2001 DO MINISTÉRIO DA SAÚDE.

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

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

Fundação Universitária de Brasília – FUBRA

Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP – FUNCAMP

Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa – FUNDEP

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

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

Universidade de Brasília

Núcleo de Estudos em Saúde Pública / CEAM

Universidade Estadual de Campinas

Depto. Medicina Preventiva e Social / FCM

Universidade Federal de Minas Gerais

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva / FM

ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde

Departamento de Gerenciamento de Investimentos

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

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

CEP: 70.058-900, Brasília – DF

Tel.: (61) 315 3464

Fax: (61) 315 2774

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

CAPA E ILUSTRAÇÕES

Miguel Paiva

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Diego Paiva

IMPRESSO NO BRASIL / PRINTED IN BRAZIL

CATALOGAÇÃO NA FONTE – EDITORA MS

FICHA CATALOGRÁFICA

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

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

ISBN 85-334-0603-7

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
INTRODUÇÃO	7
OFICINA 1 OS CONSELHEIROS DE SAÚDE E SUAS REALIDADES	9
OFICINA 2 OS PROBLEMAS DE SAÚDE DA POPULAÇÃO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	17
OFICINA 3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E CONTROLE SOCIAL	25
OFICINA 4 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL	33
OFICINA 5 PLANEJAMENTO EM SAÚDE: AGENDA, PLANO DE SAÚDE E QUADRO DE METAS	41
OFICINA 6 PLANEJAMENTO EM SAÚDE: ORÇAMENTO, FINANCIAMENTO E PRESTAÇÃO DE CONTAS	53
OFICINA 7 O CONTROLE DAS POLÍTICAS E AÇÕES DO SUS: MECANISMOS DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO	63
OFICINA 8 AGENDA DOS CONSELHOS DE SAÚDE	73

APRESENTAÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

Ministério da Saúde

INTRODUÇÃO

Este Caderno de Atividades do Conselheiro de Saúde serve de instrumento auxiliar aos Conselheiros durante a realização das oito oficinas do Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde. Nele, os conselheiros encontram uma explicação do que é uma oficina e uma descrição de cada oficina, no tocante aos objetivos, conteúdos e passos que serão percorridos durante a mesma. Além disso, o caderno contém ainda textos para estudo dirigido e sugestões de situações-vivenciais para serem utilizadas pelo monitor quando não for possível construir, na oficina, situações-vivenciais experimentadas pelos Conselheiros de Saúde participantes do Curso, cópias de quadros explicativos que serão utilizados durante as oficinas, modelos de ata, regimento interno e resolução.

COMO FUNCIONA UMA OFICINA?

Uma oficina não é uma sala de aula, onde o professor expõe o assunto conforme uma ordem planejada e onde cabe aos alunos escutar e, no máximo, fazer algumas perguntas. É um local de trabalho onde pessoas refletem sobre as suas vivências, elaboram questões e procuram soluções compartilhando experiências e procurando novas informações. Dessa forma, o Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde como oficina é uma oportunidade onde pessoas, no atual contexto do SUS, refletem sobre suas experiências e práticas como conselheiros de saúde e elaboram questões relacionadas a como aperfeiçoar o controle social do SUS. As pessoas se unem em torno desta tarefa, mas estão presentes na oficina com suas fantasias, suas angústias, e suas demandas. Por isso, participar de uma oficina não significa apenas trabalhar com a cabeça, pois ela envolve as pessoas de maneira integral, considerando as formas de pensar, sentir e agir dessas pessoas.

As oficinas do Curso de Capacitação são construídas para atender à demanda dos conselheiros de saúde que buscam se capacitarem melhor para sua função. Este é o foco em torno do qual o trabalho nas oito oficinas será realizado. A partir deste foco surgem vários temas que vão compor o trabalho. São temas como: controle social, políticas de saúde, planejamento, orçamento, financiamento, etc. que mobilizam os conselheiros de saúde porque estão relacionados com suas experiências, tocam nas possibilidades e nos conflitos, e atendem ao desejo de participação dos conselheiros.

Os temas das oficinas do Curso de Capacitação dos Conselheiros de Saúde são os seguintes:

OFICINA 1 OS CONSELHEIROS DE SAÚDE E SUAS REALIDADES

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

Para a realização das oficinas do Curso de Capacitação, são definidos o seu local de funcionamento, o número de participantes, as fases ou passos de trabalho, as atividades, as horas de trabalho envolvidas, ou seja, é formada uma estrutura para o trabalho. O bom funcionamento das oficinas pressupõe a criação de um contrato de convivência. Além de envolver questões como: “por que as pessoas estão participando do Curso de Capacitação?”, o contrato envolve combinar o horário do trabalho, a duração de intervalos, a frequência, e além disso, contribui para a adoção de algumas regras, tais como: as questões pessoais faladas no grupo não deverão ser comentadas fora do grupo, a palavra é livre, ou seja, todos deverão ter oportunidade de se expressar.

Os passos das oficinas foram pensados para facilitar a participação de todos, a troca de experiências e o aprofundamento dos problemas. Isto denota que este é um planejamento flexível, pois as oficinas têm que acompanhar a demanda do grupo. Neste caderno, estão descritos todos os passos das oficinas com a duração prevista, mas a duração de um passo poderá ser maior ou menor do que o planejado e, algumas vezes, um passo previsto poderá ser pulado.

As oficinas pressupõem que os próprios participantes definam o que procuram saber e assumam responsabilidades pelo processo de aprendizagem. Entretanto, as oficinas têm um monitor. O monitor não é um professor, pois a tarefa dele não é ensinar, mas buscar condições para que o grupo possa cumprir suas tarefas. Cabe a ele introduzir o tema, provocar situações que facilitem a problematização, incentivar e facilitar, quando se fizer necessário, as tentativas do grupo de resolver problemas. O monitor pode fazer perguntas, fazer interpretações, sistematizar o que os participantes falaram, mas também pode trazer novas informações, respeitando a demanda do grupo.

O Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde será realizado em 8 oficinas com 4 horas de duração cada uma, totalizando a carga horária de 32 horas/aula, onde o conselheiro terá oportunidade de aprofundar seus conhecimentos e desenvolver suas habilidades para que possa lidar com assuntos presentes no cotidiano do Conselho de Saúde de que faz parte.



OFICINA 1

OS CONSELHEIROS DE SAÚDE
E SUAS REALIDADES



OBJETIVOS

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



DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

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

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

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

❖ DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO APRESENTAÇÃO DO MONITOR

duração | 5-10 min

2º PASSO APRESENTAÇÃO DOS CONSELHEIROS

O CONSELHEIRO DEVE PRESTAR ATENÇÃO AOS ASPECTOS SEGUINTE:

- ❖ Todos os integrantes deverão ser ouvidos pelo monitor e pelo grupo com igual interesse.
- ❖ Nenhuma história pessoal, por mais interessante que seja, pode ampliar o tempo dado a cada um.
- ❖ Deve haver um esforço de todos e todas para respeitar os três minutos para cada um.

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

duração | 1 h e 30 min

3º PASSO APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA DO CURSO

duração | 15 min

4º PASSO DISCUSSÃO DO CONTRATO DE CONVIVÊNCIA

O CONTRATO CONTEMPLARÁ:

- ❖ Distribuição de responsabilidade (escolha de um coordenador a quem caberá ajudar o monitor em todas as atividades, na distribuição, na arrumação e no recolhimento de materiais, podendo também desempenhar outras tarefas que a dinâmica do grupo exigir como, por exemplo, inscrição de pessoas que querem falar, controle do tempo e contagem de votos e de dois relatores que terão a incumbência de anotar tudo que se passa no grupo e de escrever o relatório no final da oficina;

- ❖ horário (com a conseqüente obrigação de respeitá-lo);
- ❖ obrigatoriedade da frequência.
- ❖ levantamento das expectativas e definição de quais expectativas o curso poderá atender

duração | 10-15 min intervalo | 10 min

5º PASSO

LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS E DOS ESTADOS

- ❖ levantar os problemas de saúde dos municípios e dos estados.
- ❖ escrever, individualmente, em folha de papel ou cartão, os três principais problemas que afetam a população de seu município e que cada um considere mais importantes para serem destacados.

duração | 5 min

- ❖ dividir o grupo em três subgrupos.
- ❖ escolher o coordenador e o relator do subgrupo.
- ❖ selecionar três problemas relacionados à saúde, que serão escritos nos cartões.
- ❖ selecionar dentre os problemas listados anteriormente pelos integrantes do subgrupo, os três que aparecerem com maior frequência ou que apresentarem relevância epidemiológica (ex: aumento exagerado de casos de AIDS, aumento dos casos de mortalidade infantil e materna).
- ❖ reconstituir o grupo inicial.

duração | 40 min-1 h

6º PASSO

CONCLUSÃO DA ATIVIDADE

duração | 15 min

7º PASSO
AVALIAÇÃO

duração | 30 min

8º PASSO
ENCERRAMENTO

duração | 5 min

 ANOTAÇÕES



OFICINA 2

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



OBJETIVOS

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



DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

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

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

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



DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

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

duração | 5 min

2º PASSO

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

duração | 5 min

**3º PASSO
DINÂMICA DE GRUPO**

duração | 30 min

**4º PASSO
LEVANTAMENTO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE,
SUAS CAUSAS, EFEITOS E RESPONSABILIDADES NA SOLUÇÃO**

- ❖ organização de uma história envolvendo o problema selecionado;
- ❖ 2ª opção de trabalho: escolha de situações-vivenciais a partir dos exemplos a seguir, que deverão ser usados, apenas, se ficar evidente a impossibilidade do grupo de construir sua própria historinha (nesse caso, é preciso que o conselheiro compreenda que as situações-vivenciais sugeridas pelo Guia têm muitos pontos em comum com os problemas que eles identificaram e selecionaram na oficina anterior.

duração | 30 min

SUGESTÕES DE SITUAÇÕES-VIVENCIAIS:**ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA**

Há uns seis meses, Seu José não vem passando bem, queixando-se de cansaço, câibras, tremores no corpo que começam pela face e dor de cabeça. Como ele trabalha de segunda a sábado até 19 horas, resolve ir à noite diretamente ao pronto-socorro do Hospital Municipal, pois neste horário os postos de saúde já estão fechados. Depois de muita confusão (o guarda não queria deixá-lo entrar, pois alegava que o pronto-socorro era para atender gente que estivesse muito mal, com sangramento, parindo ou desmaiando), conseguiu entrar e obter uma ficha para atendimento. Com a ficha na mão, ele teve que aguardar mais

de uma hora. Finalmente, foi chamado pelo doutor de plantão, que foi logo perguntando por que ele não tinha ido mais cedo ao pronto-socorro e há quanto tempo ele estava doente. Ao responder que começara a passar mal há 6 meses, mas que somente nos últimos dias tinha piorado, foi advertido pelo doutor, que disse ser um absurdo ele estar doente há tanto tempo e só agora vir procurar atendimento em um pronto-socorro, quando seu caso não era de urgência.

Seu José começou a contar suas queixas. O doutor nem mediu a pressão de Seu José, foi logo receitando uns remédios e

preenchendo um encaminhamento para marcação de consulta no posto de saúde próximo da sua casa.

No dia seguinte, Seu José foi, na madrugada, para o posto, que abriu às 8 horas com uma grande fila. Ele foi uma das 16 pessoas que conseguiram uma senha para serem atendidas. Após esperar mais de 2 horas, foi chamado pela auxiliar de enfermagem para entrar no consultório médico. Ele relatou as suas queixas ao médico. Este, então, examinou, palpou, auscultou os pulmões e o coração, mediu a pressão, anotou algumas coisas na ficha de atendimento, dirigiu-se a Seu José e disse que não parecia haver nada de anormal, mas que estava passando umas vitaminas e um remédio para ele tomar, quando tivesse dor de cabeça. O doutor não perguntou nada a Seu José.

Passados uns 15 dias sem qualquer melhora e cada vez mais fraco, com tremores e a dor de cabeça que já não passava com o remédio receitado, ele resolveu procurar a equipe de saúde de um outro posto onde ele ficara sabendo que era desenvolvido um trabalho na área de saúde do trabalhador. Seu José, lá chegando, foi bem rece-

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

FALTA DE SANEAMENTO BÁSICO

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

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

latórios e hospitais da cidade.

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

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

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

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

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

No final de junho, ocorrem mais duas mortes com as mesmas características. É

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

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

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

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

Esse assunto já foi discutido no Conselho e já houve uma proposta de aumentar os leitos credenciados para o SUS no Hospital Santa Lúcia para atender melhor os moradores. No entanto, os proprietários não aceitaram essa ampliação de vagas para o SUS. Um Conselheiro propôs então o descredenciamento total do hospital, o

que também não foi aceito pelos donos, pois alegaram que, dessa forma, o hospital iria à falência, pois quem sustentava o “básico” era o SUS. Por outro lado, o secretário de Saúde, bem como o prefeito, apóiam os médicos proprietários do hospital e concordam que o SUS paga pouco. Para eles, é um certo incômodo ter que mandar a ambulância levar os doentes para a outra cidade todos os dias. Apesar disso, ainda acham a melhor solução.

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

5º PASSO

ESTUDO DA SITUAÇÃO-VIVENCIAL

- ❖ escolha da situação-vivencial sobre a qual todos irão trabalhar (situação-vivencial construída pelo grupo ou, caso não tenha sido possível construir uma situação-vivencial, escolher uma dentre as situações-vivenciais listadas anteriormente).
- ❖ divisão do grupo em subgrupos que devem ser os mesmos da oficina anterior.
- ❖ escolha, pelo subgrupo, do(a) coordenador(a) e do(a) relator(a).
- ❖ leitura e discussão, em cada subgrupo, da situação-vivencial selecionada, procurando reconhecer:
 - causas aparentes da situação;
 - causas subjacentes a essa mesma situação;
 - mecanismos formais de intervenção (políticas públicas, instâncias governamentais envolvidas e responsáveis);
 - mecanismos informais criados a partir da prática cotidiana;
 - mecanismos desenvolvidos por estruturas intermediárias – o papel dos Conselhos e de outras entidades.
 - procedimentos que o conselheiro deve adotar face à situação.
 - sugestões de solução ou de encaminhamentos.

duração | 50 min intervalo | 10 min

6º PASSO

APRESENTAÇÃO E SISTEMATIZAÇÃO DOS RESULTADOS DOS RELATÓRIOS DOS SUBGRUPOS

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

duração | 1 h 20 min

7º PASSO

AVALIAÇÃO

duração | 30 min

8º PASSO

ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADES

duração | 5-10 min



ANOTAÇÕES



OFICINA 3

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E
CONTROLE SOCIAL**

OBJETIVOS

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

DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

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

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

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

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

DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

Leitura e aprovação do relatório da oficina anterior.

duração | 5 min

2º PASSO

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

duração | 5 min

3º PASSO

Elaboração de síntese, pelo monitor do que foi visto na oficina anterior.

duração | 5 min

4º PASSO

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

- ❖ A saúde na Constituição de 1988.
- ❖ SUS e seus princípios.
- ❖ Reforma Sanitária.
- ❖ Conselhos de Saúde.
- ❖ ou outros que considerar importante.

duração | 25 min

5º PASSO

ESTUDO E DISCUSSÃO DE SITUAÇÕES-VIVENCIAIS

- ❖ divisão do grupo em subgrupos para estudar, cada um, uma das três situações-vivenciais transcritas a seguir e indicadas pelo monitor para cada subgrupo ou sorteada entre os três subgrupos;
- ❖ escolha do coordenador e do relator de cada subgrupo;
- ❖ estudo da situação-vivencial pelo subgrupo e levantamento das possíveis soluções para os problemas identificados;
- ❖ identificação, pelos subgrupos, do seguinte:
 - causas aparentes da situação;
 - causas subjacentes a essa mesma situação;
 - mecanismos formais de intervenção (instâncias governamentais envolvidas e responsáveis – comissões intergestores bipartite e tripartite);
 - mecanismos informais criados a partir da prática cotidiana;

- mecanismos desenvolvidos por estruturas intermediárias – o papel dos Conselhos e de outras entidades;
- procedimentos que o conselheiro deve adotar face à situação;
- sugestões de solução ou de encaminhamento.

duração | 1 h 10 min intervalo | 10 min

6º PASSO APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS

duração | 1 h

SUGESTÕES DE SITUAÇÕES-VIVENCIAIS:

RELAÇÃO PÚBLICO X PRIVADO

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

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

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

ACESSO UNIVERSAL

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

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

INTEGRALIDADE E MODELO ASSISTENCIAL

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

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

7º PASSO COMENTÁRIOS

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

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

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

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

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

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

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

- ❖ Adequação das propostas de encaminhamento das questões identificadas.

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

duração | 30 min

8º PASSO **SISTEMATIZAÇÃO**

duração | 10 min

9º PASSO **AVALIAÇÃO**

duração | 15 min

10º PASSO **ENCERRAMENTO**

duração | 5 min

 ANOTAÇÕES



OFICINA 4

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

OBJETIVO

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

DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

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

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

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

DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

Leitura do relatório do encontro anterior.

duração | 5 min

2º PASSO

Escolha do coordenador e dos relatores da oficina.

duração | 5 min

3º PASSO

duração | 10 min

4º PASSO**DINÂMICA DE GRUPO: “PARA ONDE VOU?”**

duração | 40 min

5º PASSO**ESTUDO DIRIGIDO**

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

Leitura do texto de apoio abaixo:

duração | 1 h intervalo | 10 min

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

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

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

As Conferências de Saúde são foros com representação dos vários segmentos sociais que se reúnem a cada quatro anos “para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” (Lei 8.142/90, artigo 1º, parágrafo

1º). Devem ser realizadas em todas as esferas de governo, convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde. As resoluções das Conferências de Saúde devem servir de orientação para as decisões dos gestores e dos Conselhos de Saúde.

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

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

O Conselho de Saúde, de acordo com a

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

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

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

Os Conselhos e as Conferências não são as únicas formas de participar do SUS, embora sejam as únicas obrigatórias para todo o País, por serem previstas em lei federal. À medida que se avança na democratização da gestão, outros mecanismos podem – e devem – ser criados nos estados e nos municípios para ampliar as possibilidades de participação e tornar as decisões mais próximas da população. É o caso dos Conselhos distritais e dos Conselhos gestores nas unidades de atenção à saúde, já existentes em muitos municípios. O exercício da cidadania e do controle social exige que lutemos por nossos direitos. Muitas vezes, as dificuldades que

encontrarmos exigirão que tenhamos que recorrer a meios legais para exigir o cumprimento das leis. Por isso é importante conhecer os recursos de que dispomos e os parceiros com os quais podemos contar para alcançar os resultados que buscamos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6º PASSO

ELABORAÇÃO DE RELATÓRIO PELO SUBGRUPO

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

Entre outros comentários que queiram fazer, deverão deixar claras suas posições diante de algumas questões, tais como:

- ❖ Os Conselhos de Saúde pautam suas deliberações nos princípios e diretrizes do SUS? Por quê?
- ❖ Qual o papel das Conferências de Saúde para a consolidação do SUS no seu município/estado?
- ❖ Os Conselheiros têm consciência de suas atribuições? Quais consideram como prioritárias?
- ❖ Qual a relação entre a Secretaria de Saúde e o Conselho do qual você faz parte?
- ❖ Como se dá a relação do Conselho com a comunidade?
- ❖ De que parcerias os Conselhos, representados nos subgrupos, já lançaram mão para encaminhar questões? Foram úteis?
- ❖ Como se dá a relação do Conselheiro com o segmento por ele representado (representatividade x legitimidade)?

- ❖ Como deve se dar a relação do Conselho com o membro do Ministério Público?
- ❖ Que outros atores seria interessante acionar para a resolução de questões específicas?

duração | 40 min

7º PASSO

APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS DOS SUBGRUPOS

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

Cada subgrupo disporá de 15 min para apresentar seu relatório.

duração | 45 min

8º PASSO

COMENTÁRIOS E SÍNTESE DO MONITOR

duração | 10 min

9º PASSO

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA OFICINA

duração | 20 min

10º PASSO

ENCERRAMENTO

duração | 5 min



OFICINA 5

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



OBJETIVOS

- ❖ Despertar no Conselheiro a consciência de que:

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

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

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

- ❖ Construir com o Conselheiro a compreensão de que:

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

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

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

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

❖ DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

PROCESSO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE

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

❖ DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

Leitura do relatório do encontro anterior.

duração | 5 min

2º PASSO

Escolha do coordenador e dos relatores da oficina.

duração | 5 min

3º PASSO

INTRODUÇÃO À TEMÁTICA

O monitor anuncia a temática, sob o título **Processo de Planejamento em Saúde**, e explica que esse título diz respeito às oficinas 5, 6 e 7.

PROCESSO DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE:

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

duração | 40 min

4º PASSO

DINÂMICA DE GRUPO

- Escrever, em folha de papel, como gostaria de estar daqui a quatro anos.
- Apresentação, por cinco voluntários, do que escreveram.

duração | 30 min

5º PASSO

DESENVOLVIMENTO DA TEMÁTICA

AGENDA NACIONAL DE SAÚDE

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

AGENDA ESTADUAL DE SAÚDE

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

AGENDA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

PLANOS DE SAÚDE

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

QUADROS DE METAS

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

ORÇAMENTO

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

duração | 40 min intervalo | 10 min

6º PASSO**CONSTRUÇÃO DA AGENDA COM ORIENTAÇÕES E INDICAÇÕES PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO**

Os Conselheiros se dividem em 3 subgrupos e repetem o processo rotineiro de escolha do coordenador e do relator.

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

CARACTERIZAÇÃO DE NOVO MILÊNIO E SEUS ASPECTOS MAIS RELEVANTES

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

A atividade econômica do município está assentada no setor de serviços, agropecuária e indústria. O setor que mais emprega é o de serviços, destacando-se a administração pública e o comércio. A agricultura está em fase de expansão com a introdução de novas tecnologias de exploração do cerrado. No setor industrial, destacam-se as indústrias de transformação (construção civil e alimentação). É totalmente dependente de importação estadual de energia elétrica, dispõe de um sistema de transporte público precário e tem estrutura razoável no setor de telecomunicações.

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

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

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

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

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

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

O perfil epidemiológico, ou seja, de que adoecem e morrem os habitantes de Novo Milênio, aponta para uma taxa de mortalidade infantil de 71 óbitos em cada 1.000 crianças nascidas vivas (a média nacional está em torno de 34 óbitos em cada 1.000); as doenças originadas no período perinatal (por ocasião do nascimento) são as principais causas de morte entre menores de um ano, alcançando mais de 60% dos óbitos nesse grupo etário, com destaque para a hipoxia (baixo teor de oxigênio) intra-uterina (dentro do útero) e asfixia (ausência de oxigênio) ao nascer. A mortali-

dade materna (morte de mulheres em função da gravidez, parto e pós-parto) é de 180 óbitos em cada 100.000 crianças nascidas vivas, quando a média nacional é de 114 óbitos de mães em cada 100.000 crianças nascidas vivas. Casos de intoxicação por agrotóxico de trabalhadores rurais são frequentes em função do uso abusivo e inadequado desses produtos por parte dos fazendeiros da região. Lesões por esforços repetitivos em digitadores também têm sido registradas pela Secretaria de Saúde em trabalhadores de escritórios e cooperativas.

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

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

- 6 médicos (3 clínicos gerais, 2 gineco-obstetras, 1 pediatra);*
- 1 enfermeira;*
- 4 auxiliares de enfermagem;*
- 3 atendentes de enfermagem;*
- 3 agentes administrativos;*
- 12 auxiliares de serviços gerais;*
- 3 motoristas;*
- 3 auxiliares de laboratório;*
- 2 dentistas;*

• 2 auxiliares de consultório dentário.

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

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

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

É meta do atual prefeito habilitar o município no sistema de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, sendo necessário, para isso, constituir o Fundo Municipal de Saúde, assegurar o pleno funcionamento do Conselho de Saúde e aprovar o Plano Municipal de Saúde.

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

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

QUADRO 1: AGENDA NACIONAL DE SAÚDE (MS - PORTARIA 393/2001)

PRIORIDADES NACIONAIS

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

QUADRO 2: AGENDA ESTADUAL DE SAÚDE (IMAGINÁRIA)

PRIORIDADES ESTADUAIS

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

Cada subgrupo estuda com atenção a situação referente ao Município de Novo Milênio ou qualquer plano escolhido pelo grupo e, a partir daí, desenvolve a seguinte análise:

- Definição dos principais problemas apresentados no Plano de Saúde trabalhado.

- ❖ Estabelecimento, tendo em vista os problemas definidos e a Agenda Nacional e a Agenda Estadual, as prioridades que constituirão a Agenda de Saúde de Novo Milênio.
- ❖ Elaboração de uma lista de causas prováveis associadas aos problemas prioritários estabelecidos na Agenda de Saúde do Município.
- ❖ Sugestão de propostas e caminhos, através dos quais esses problemas que agora são prioridades da Agenda devam ser enfrentados.
- ❖ Definição das metas.
- ❖ Sugestão de medidas estratégicas que deverão ser tomadas para que as metas sejam alcançadas.

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

duração | 1 h 15 min intervalo | 10 min

7º PASSO

APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS

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

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

8º PASSO
AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA OFICINA

duração | 10 min

9º PASSO
ENCERRAMENTO

duração | 5 min



OFICINA 6

**PLANEJAMENTO EM SAÚDE:
ORÇAMENTO, FINANCIAMENTO
E PRESTAÇÃO DE CONTAS**



OBJETIVOS

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



DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

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

❖ DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

Leitura do relatório da oficina anterior.

duração | 5 min

2º PASSO

Escolha do coordenador e dos relatores da oficina.

duração | 5 min

3º PASSO

INTRODUÇÃO AO TEMA “PROCESSO ORÇAMENTÁRIO”

Exposição dialogada pelo monitor.

duração | 35 min

4º PASSO

ORÇAMENTO PRIVADO X ORÇAMENTO PÚBLICO

- ❖ cada conselheiro descreverá, em uma folha de papel, o seu orçamento familiar mensal, especificando os ganhos previsíveis (receita) e os gastos previsíveis (despesas).
- ❖ cinco conselheiros voluntários apresentarão os seus orçamentos.
- ❖ o monitor explicará o que são LDOs, LOAs e orçamento.
- ❖ discussão, pelo grupo, do tema “Orçamento”, sua relação com o Quadro de Metas e como se dá o processo de discussão e aprovação no Poder Legislativo.

duração | 45 min

5º PASSO

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

O monitor deverá apresentar, para discussão, os artigos 195, 196 e 198 (§ 2º e 3º introduzidos pela Emenda Constitucional 29) e o artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, todos da Constituição Federal, e comentar a Lei 8.142/90 que

dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

duração | 30 min intervalo | 10 min

6º PASSO ORÇAMENTO

Exposição dialogada pelo monitor.

QUADRO: ORÇAMENTO DO PLANO DE SAÚDE DE NOVO MILÊNIO

PRIORIDADE	METAS	OPERAÇÕES	VALOR (R\$)
Redução da mortalidade infantil e materna	Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 71/1.000 para 51/1.000 nascidos vivos	Construção de UTI neonatal e/ou berçário de risco	500.000
	Reduzir o coeficiente de mortalidade materna de 70/100.000 para 50/100.00 nascidos vivos	Contratação de 5 equipes do PSF	700.000
	Aumentar em 100% as consultas de pré-natal por parturientes no SUS	Aumento de 10 leitos obstétricos	400.000
Redução da mortalidade infantil e materna	Reduzir para zero o número de crianças de até 1 ano com desnutrição	Incentivo ao aleitamento materno, distribuição de cestas básicas às famílias com risco social.	40.000
	Ampliar para 100% o número de domicílios com acesso a água potável	Investimento em saneamento básico	1.000.000*

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

*Recurso oriundo da fonte Tesouro Municipal.

duração | 30 min

7º PASSO **DISCUSSÃO DA SITUAÇÃO-VIVENCIAL**

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

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

duração | 30 min

SITUAÇÃO-VIVENCIAL:

PROCESSO ORÇAMENTÁRIO

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

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

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

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

8º PASSO

ELABORAÇÃO DOS RELATÓRIOS PELOS SUBGRUPOS

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

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

duração | 20 min

9º PASSO**APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS EM PLENÁRIA**

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

duração | 25 min

10º PASSO

Avaliação das atividades da oficina.

duração | 10 min

11º PASSO

Encerramento das atividades.

duração | 5 min



ANOTAÇÕES



OFICINA 7

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

OBJETIVOS

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

DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

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

DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

Leitura do relatório da oficina anterior.

duração | 5 min

2º PASSO

Escolha do coordenador e dos dois relatores da oficina.

duração | 5 min

3º PASSO

SÍNTESE DOS CONTEÚDOS ANTERIORES

- ❖ síntese, pelo monitor, dos conteúdos anteriores.
- ❖ leitura do Quadro “Planejamento em Saúde”.
- ❖ discussão, conduzida pelo monitor, dos temas constantes no Quadro e discutidos nas Oficinas 5 e 6.

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

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

duração | 20 min

4º PASSO

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

duração | 30 min

5º PASSO

O CONSELHO DE SAÚDE EM AÇÃO

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

duração | 5 min

6º PASSO

LEITURA DO PARECER

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

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

ASSUNTO:

Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde, ano 2001

HISTÓRICO:

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

- 1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO**
 - 1.1. POPULAÇÃO SEGUNDO DEPENDÊNCIA DO SUS
 - 1.2. DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO ÁREAS DE RISCO
 - 1.3. VISÃO DA POPULAÇÃO SOBRE O SUS
- 2. UNIDADES ASSISTENCIAIS**
 - 2.1. DISTRIBUIÇÃO DA REDE ASSISTENCIAL
 - 2.2. PROCEDÊNCIA DAS PESSOAS ATENDIDAS
- 3. A PRODUÇÃO DE AÇÕES ASSISTENCIAIS EM RELAÇÃO ÀS NECESSIDADES DE COBERTURA**
 - 3.1. AÇÕES ASSISTENCIAIS AMBULATORIAIS
 - 3.2. CONSULTAS POR TIPO E NECESSIDADE DA POPULAÇÃO DEPENDENTE DO SUS
 - 3.3. CONSULTAS SEGUNDO O TIPO DE PRESTADOR
 - 3.4. PRODUÇÃO/NECESSIDADE DE CONSULTAS PARA A POPULAÇÃO TOTAL
- 3.5. DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS EM CLÍNICAS BÁSICAS**
- 3.6. PRODUTIVIDADE**
- 4. FINANCIAMENTO**
 - 4.1. ÁREA AMBULATORIAL
 - 4.2. ÁREA HOSPITALAR
- 5. PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DA POPULAÇÃO SEGUNDO A DEMANDA ASSISTENCIAL**
 - 5.1. GERAL (UNIDADES BÁSICAS / UNIDADES ESPECIALIZADAS / UNIDADES DE URGÊNCIA)
 - 5.2. PERFIL DE MORBIDADE HOSPITALAR
 - 5.3. EVOLUÇÃO DO QUADRO DE MORTALIDADE
 - 5.4. PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DE CRIANÇAS
 - 5.5. PERFIL DE MORBIMORTALIDADE DE ADULTOS

MÉRITO:

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

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

A parte do relatório que fala sobre o financiamento somente apresenta os recursos gastos com a produção de serviços ambulatoriais e hospitalares e não infor-

ma o gasto com outras ações. Isto faz com que não haja uma resposta à denúncia feita no ano anterior pelo Conselho, de que o secretário gastou o dinheiro do Programa Aids com um jornal que só fazia propaganda da pessoa do secretário.

VOTO:

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

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

JUSTIFICATIVA DE VOTO DO CHEFE DO DP

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

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

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

JUSTIFICATIVA DO REPRESENTANTE USUÁRIO

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

duração | 15 min

7º PASSO**A FALA DO PROMOTOR DO MINISTÉRIO PÚBLICO**

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

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

duração | 20 min

8º PASSO**A FALA DO AUDITOR**

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

duração | 20 min intervalo | 10 min

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

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

duração | 50 min

10º PASSO

VOTAÇÃO DO RELATÓRIO

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

duração | 20 min

11º PASSO

AValiação DA REUNIÃO DO CONSELHO

A avaliação abrange dois tópicos: o entendimento da ação fiscalizadora do Conselho e dos instrumentos de fiscalização e avaliação; e a dinâmica de uma reunião dos Conselhos. É um momento em que os participantes terão oportunidade de expor e trocar suas experiências, julgar o que já aprenderam sobre o assunto e quais conhecimentos lhes faltam.

duração | 45 min

12º PASSO

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

duração | 5 min

••• ANOTAÇÕES

 ANOTAÇÕES



OFICINA 8

AGENDA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

OBJETIVOS

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

DEFINIÇÃO DOS CONTEÚDOS

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

DESCRIÇÃO DA OFICINA

1º PASSO

Leitura do relatório da oficina anterior.

duração | 5 min

2º PASSO

Escolha do coordenador e dos dois relatores da oficina.

duração | 5 min

3º PASSO INTRODUÇÃO À TEMÁTICA

Exposição pelo monitor.

duração | 10 min

4º PASSO CONSTRUÇÃO DA AGENDA DE TEMAS BÁSICOS

Cada participante, em uma folha de papel, listará, sucintamente, os 3 principais temas que julgue mais importantes para serem contemplados na Agenda do seu Conselho. A escolha deve contemplar um componente nacional, com assuntos de interesse geral, e um componente local, com assuntos de interesse local. Cada tema escolhido deverá ser acompanhado de uma justificativa, também sucinta.

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

duração | 10 min

5º PASSO

Os participantes se dividem em 3 subgrupos, elegendo coordenador e relator para cada subgrupo.

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

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

Uma vez escolhida a Agenda com os seis temas que devem ser estudados, cada subgrupo discute sua Agenda e faz seu relatório procurando responder às seguintes questões:

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

duração | 60 min

6º PASSO

APRESENTAÇÃO DOS RELATÓRIOS DOS SUBGRUPOS

Agora, serão apresentados os relatórios dos subgrupos em reunião plenária.

duração | 30 min intervalo | 10 min

7º PASSO

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA OFICINA PELOS PROCEDIMENTOS DE ROTINA

duração | 10 min

8º PASSO

AVALIAÇÃO POR ESCRITO

Cada um faz **por escrito** sua avaliação pessoal do conjunto do curso, com base no roteiro ao lado.

duração | 30 min

AVALIAÇÃO DO CONSELHEIRO

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

9º PASSO

Avaliação oral do curso pelos participantes.

duração | 65 min

10º PASSO

Encerramento do curso, despedidas e agradecimentos.

duração | 15 min

