

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NA  
GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: ESTUDO DE CASO DO  
POLOSUS**

**ANDREY DA SILVA BRUGGER**

**Orientador: Prof. Dr. Jorge Gomes de Souza Chaloub**

**JUIZ DE FORA**

**2018**

**ANDREY DA SILVA BRUGGER**

**FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: estudo de caso do PoloSUS**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de  
Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade  
Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à  
obtenção de título de Mestre.**

**Orientador: Prof. Dr. Jorge Gomes de Souza Chaloub**

**JUIZ DE FORA  
2018**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Brugger, Andrey da Silva.

FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE : Estudo de caso do PoloSUS / Andrey da Silva Brugger. -- 2018.  
195 f.

Orientador: Jorge Gomes de Souza Chaloub  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, 2018.

1. Fortalecimento participação social. 2. Educação Popular. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Tecnologia Social. 5. Pesquisa e Extensão. I. Chaloub, Jorge Gomes de Souza , orient. II. Título.

ANDREY DA SILVA BRUGGER

**FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NA GESTÃO DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:**  
Estudo de caso do PoloSUS

Dissertação de mestrado, apresentada a Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais, na Área de Concentração Cultura, Poder e Instituições.

Juiz de Fora, 22 de Agosto de 2018.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Jorge Gomes de Souza Chaloub (Presidente da Banca/Orientador)  
UFJF

---

Prof. Dr. Leonardo Ostwald Vilardi  
UFJF/CAEd

---

Profa. Dra. Daniela Paiva de Almeida Pacheco  
UEMG

A todos aquelas e aqueles que, assim como disse Criolo, sabem que Saúde e Educação não devem ser mercadorias.

## **Agradecimentos**

Não sei se é possível quantificar os débitos que acumulei na construção deste trabalho, na realização desta etapa. Desta forma, esses agradecimentos são singelos e direcionados, quase que de maneira exemplificativa a partir dos nomes citados, para todas as pessoas que sabem que foram essenciais para eu chegar até aqui.

Início o agradecimento à Espiritualidade Amiga, ao Deus, em todas as suas formas, sobretudo por ter me possibilitado a sorte de contar com mentores espirituais tão amigos, que, no melhor das amizades, estiveram ao meu lado me apoiando incessantemente, me carregando no colo e ombros, mas souberam me cobrar e continuam sabendo quando foi/é preciso. Além desse Deus maravilhoso que descobri na caminhada, devo agradecimentos “nominalmente” à madrinha Dona Sete Saias, ao malandro Seu Zé Pilintra, à Vovó Maria Tereza de Aruanda, à Erê Mariazinha, ao meu Mentor, meu Exú, a quem chamo carinhosa e merecidamente de “Meu Mestre”, espero que ele possa representar todo o meu povo que tem tomado conta de mim há várias vidas. Agradeço ao Pai Xangô, por sua justiça, acolhimento e proteção. Igualmente, Oxalá, Ogum e Oxum tem me proporcionado bênçãos inigualáveis.

Sou tão abençoado e preciso realmente agradecer. Agradecer por ter a Anna, minha esposa, minha melhor amiga, companheira, parceira, que foi crucial para meu amadurecimento, persistência, fibra, força e resistência para chegar até aqui. Anna é mais que mereço, é luz que ilumina essa estrada, fogo que esquenta, arde, protege e reanima. Ela é rocha para descanso e auxílio na construção das travessias. Eu realmente não poderia ter uma companheira de vida melhor. Se já não bastasse essa sorte, ainda tenho Victória e Caio como dois anjos físicos abençoando minha vida; meus filhos: tudo é por vocês. Também é pelos filhos que ficaram no caminho – em memória – e pelo/pela que, se Deus quiser, virá.

À minha família base, que sempre apoiaram, mesmo que nem sempre entendendo as ausências, agradeço de maneira efusiva. Minha mãe, Elza, rainha soberana da existência, mulher forte e de fibra. Elzimar, Silmar, Edna, Lilia, Guilherme, Igor, Gisele, vocês são incríveis. Sempre também venerarei a lembrança de meu Pai, Geraldo, da Bisa Maria, e, principalmente, da Vó Geralda, mulher incrível, iluminada, espirituosa, que me possibilitou ter tios, tias, primos e primas sensacionais. Que família! Ansioso por encerrar esse ciclo e retornar a assiduidade às reuniões.

Agradeço demais à minha orientadora Marta Mendes da Rocha, sou um pesquisador melhor, mais atento e ciente do quanto tenho que melhorar enquanto professor para ser, com sorte, metade do que Marta é como profissional e, sobretudo, como pessoa. Não poderia medir em palavras o quanto tenho orgulho de ter contado com suas observações sobre meus escritos, sobre a importância da força que me deu, o apoio, a compreensão (foi muita!) e o aprendizado. Aproveito para agradecer a amiga Astrid Sarmiento, que tornou o caminho mais claro com as conversas, os dados, os toques e até puxões de orelhas também, devo muitas cervejas.

À CAPES, também agradeço. Em tempos de corte de orçamento para a pesquisa no Brasil, fui agraciado pelo financiamento durante dois anos, que possibilitou maior tranquilidade para seguir no caminho da ciência, mesmo quando o mercado chegou a ficar oscilante. Vida longa à CAPES, com o devido, merecido e necessário orçamento para fazer com que esse país continue produzindo boas pesquisas e aprimorando o saber de nosso povo.

Aos colegas de mestrado, aos professores, agradeço demasiadamente, estejam todos e todas representados pela amiga de vida inteira Bárbara Vital, doutoranda deste programa, mas que eu conheço desde que me entendo por gente. Isso tem implicações filosóficas e políticas, mas os Paralamas do Sucesso possuem razão: “se Vital escrevesse a Constituição (...) isso me faria feliz”.

Aos amigos, antigos e recentes, agradeço muitíssimo. Vocês sabem quem são. Sabem também que podem se sentir representados por Geovane, Vitor Xuxa, Andréia, Bruno Stigert.

Enfim, avisei que não saberia se eu poderia quantificar os débitos. Há, certamente, outros. Agradecer é preciso e sempre farei. Por fim, agradeço à banca examinadora, tanto a de qualificação quanto de defesa dessa dissertação, por terem contribuído para o resultado final, muito embora eu seja único e exclusivamente culpado pelos erros que remanescerem.

## Resumo

O presente trabalho é fruto de pesquisa de dissertação de mestrado que teve como pano de fundo o fortalecimento da participação e do controle social na gestão do sistema único de saúde. O desenvolvimento da pesquisa está calcado no estudo de caso do Projeto Polo Institucional de Fortalecimento da Gestão Participativa do Sistema Único de Saúde (SUS), o PoloSUS. O PoloSUS é fruto de uma parceria entre a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP-MS) e a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), através da Escola de Governo e Cidadania (EGC), com base na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS), tendo como principal objetivo a promoção do fortalecimento das políticas de gestão participativa no âmbito do SUS através da geração de conhecimentos e capacitação dos gestores públicos e lideranças sociais, congregando elementos de extensão, pesquisa e inovação tecnológica social. A parceria abrangeu 280 municípios subdivididos em 17 municípios-polo. A dissertação possui o objetivo de avaliar a eficácia de parcerias entre o Ministério da Saúde e entidades como as Universidades e ONG's para a execução de políticas públicas, perquirindo quais os incentivos e obstáculos na realização dessas parcerias. A hipótese inicial é que o Governo busca essas parcerias para ter maior capilaridade no território e/ou por não ter toda a *expertise* requerida em seus quadros para a execução da política. Busca-se, ainda, avaliar se a entidade parceira, no presente estudo de caso, a UFJF, também possuía condições de executar os objetivos delineados no termo de convênio. Dessa maneira, almeja-se saber o que foi o PoloSUS, como funcionou – com suas conquistas e fracassos – e os eventuais efeitos gerados pelo projeto, através de entrevistas e utilização do estudo de caso fundado nas fases/ciclos de análise de políticas públicas.

Palavras-chave: fortalecimento da participação e do controle social; PoloSUS; sistema único de saúde; educação popular; pesquisa e extensão com inovação tecnológica de cunho social.

## **Abstract**

The present work is the result of a dissertation research that had as background the strengthening of participation and social control in the management of the SUS. The research development is based on the case study of the Pole Institutional Project to Strengthen Participative Management of the Unified Health System (SUS), PoloSUS. PoloSUS is the result of a partnership between the Department of Strategic and Participatory Management of the Ministry of Health (SGEP-MS) and the Federal University of Juiz de Fora (UFJF), through the School of Government and Citizenship (EGC), based on the National Policy on Strategic and Participatory Management of SUS (ParticipaSUS), with the main objective of promoting the strengthening of participatory management policies within SUS, through the generation of knowledge and training of public managers and social leaders, gathering elements of extension, research and social technological innovation. The partnership covered 280 municipalities subdivided into 17 polo municipalities. The purpose of this dissertation is to evaluate the effectiveness of partnerships between the Ministry of Health and entities such as universities and NGOs for the implementation of public policies, and to identify the incentives and obstacles in the implementation of these partnerships. The initial hypothesis is that the Government seeks these partnerships to have greater capillarity in the territory and / or to not have all the expertise required in its staff to carry out the policy. It is also sought to evaluate if the partner entity, in the present case study, the UFJF, also had the conditions to execute the objectives delineated in the term of agreement. In this way, it is desired to know what was the PoloSUS, how it worked - with its achievements and failures - and the possible effects generated by the project, through interviews and use of the case study based on the phases / cycles of public policy analysis.

**Keywords:** strengthening of participation and social control; PoloSUS; SUS; popular education; research and extension with technological innovation of a social nature.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Alguns projetos e parcerias para educação popular em saúde e gestão participativa apoiados pela SGEF/DAGEF .....	90
Tabela 2. Número de inscritos nos pólos abrangidos pela mesorregião do Campo das Vertentes .....	122
Tabela 3. Número de inscritos nos pólos abrangidos pela mesorregião do Vale do Rio Doce .....	122
Tabela 4. Número de inscritos nos pólos abrangidos pela mesorregião da Zona da Mata .....	123
Tabela 5. Municípios com participantes efetivamente inscritos em relação aos Municípios originalmente abrangidos no PoloSUS, por pólo/microrregião .....	123
Tabela 6. Distribuição dos Participantes das Capacitações por Sexo .....	160
Tabela 7. Distribuição dos Participantes nos módulos pelo critério etário .....	161
Tabela 8. Distribuição de Participantes do Projeto por profissão e nível de ensino .....	161
Tabela 9. Distribuição dos participantes por profissão e área de atuação .....	162
Tabela 10. Fatoração da Avaliação dos Participantes – dados gerais .....	167
Tabela 11. Avaliação dos Participantes sobre a adequação dos conteúdos expostos por módulo .....	168
Tabela 12. Avaliação dos Participantes em relação à aplicabilidade dos conteúdos expostos nas capacitações nas suas rotinas de trabalho .....	170

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

II PND	II Plano Nacional de Desenvolvimento
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação das Ações de Saúde
CISPLGBTT	Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNRH/IPEA	Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DAGEP	Departamento de Apoio à Gestão Participativa
DataSUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DF	Distrito Federal
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DMPs	Departamentos de Medicina Preventiva
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DRP	Diagnóstico Rápido Participativo
EGC	Escola de Governo e Cidadania
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IMS/UERJ	Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MS	Ministério da Saúde
MUNIC	Pesquisa de Informações Básicas Municipais
OEI	Organização dos Estados Iberoamericanos
ONG	Organização não-governamental
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
ParticipaSUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIS	Programa de Integração Social
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PoloSUS	Projeto Institucional de Fortalecimento da Gestão Participativa do SUS
PPGCSO/UFJF	Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora
PREPS/Opas	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

USP

Universidade de São Paulo

US

Unidade de Serviço

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	15
CAPÍTULO 1 – APRESENTAÇÃO DO OBJETO E DO DESENHO DA PESQUISA.....	18
1.1. Apresentando o objeto de pesquisa: linhas gerais sobre o polusus .....	18
1.2. Desenho da pesquisa.....	26
1.2.1. Contextualizando a investigação.....	26
1.3. Delimitando as questões-problema da investigação, os objetivos e as opções metodológicas .....	28
1.4. Políticas, políticas públicas e análise de políticas públicas: delimitando conceitos.....	31
1.5. A análise de políticas públicas como campo científico e ferramenta de investigação: o ciclo de políticas.....	32
1.6. A posição como pesquisador e as dimensões de análise .....	38
1.7. Caminhos metodológicos e técnicas de pesquisa .....	39
CAPÍTULO 2 – A FORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO E O FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL COM EQUIDADE: FORMAÇÃO, DESENHO INSTITUCIONAL E PRINCÍPIOS.....	42
Introdução .....	42
2.1. A formação do sistema único de saúde no brasil .....	43
2.1.1. O prisma do neoinstitucionalismo a partir da história como lente para entender o sistema construído .....	43
2.1.2. O sistema único de saúde desenhado pela constituição federal e pelas leis 8080/1990 e 8142/1990.....	47
2.1.3. PRINCÍPIOS DO SUS.....	53
2.2. A estrutura resumida do ministério da saúde, a SGEPe a política de gestão estratégica e participativa do SUS.....	79
2.3. Conclusões do capítulo .....	82
CAPÍTULO 3 – ANALISANDO O POLO SUS: A AGENDA DO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO DO SUS, A FORMULAÇÃO DO PROJETO E A IMPLEMENTAÇÃO .....	84
Introdução .....	84
3.1. A entrada do tema na agenda governamental: a agenda do controle social no âmbito do sus, a secretaria de gestão participativa e (algumas) experiências exitosas .....	84

3.2. A formulação do Projeto POLO SUS no contexto do fortalecimento do controle Social .....	95
3.2.1. Introdução: a fase de formulação .....	95
3.2.2. O Projeto PoloSUS: o início .....	96
3.3. Desenho do Projeto: formulações e definições das estratégias e modelos de execução .....	100
3.3.1. A entrada das Coordenadoras no Projeto: contextos e acasos.....	100
3.3.2. A definição dos contornos estruturais: o PoloSUS como um projeto de extensão, pesquisa e inovação em tecnologia social .....	102
3.3.3. Afinal, um projeto que cumpria integralmente a agenda da SGEP ou com liberdade de execução? .....	104
3.3.4. O esforço de organização para que a UFJF pudesse ter capilaridade no território: o PoloSUS e sua envergadura em contraste com o tempo da burocracia .....	106
3.3.5. Definição da Equipe Técnica: critérios, escolhas de acordo com as especificidades do PoloSUS, desafios e ganhos .....	109
3.3.6. Estratégias e esforços para mobilização do público-alvo e municípios parceiros .....	114
3.4. O limiar entre formulação e implementação: o diagnóstico participativo, sua aplicação e entraves .....	117
3.5. Conclusões do capítulo .....	127
<b>CAPÍTULO 4: IMPLEMENTAÇÃO, AVALIAÇÃO, PONDERAÇÕES SOBRE OS DESAFIOS ENFRENTADOS E REGISTROS DOS AVANÇOS CONQUISTADOS .....</b>	<b>130</b>
Introdução .....	130
4.1. Implementação .....	130
4.2. Capacitações.....	131
4.2.1. Módulo 1.....	132
4.2.2. Módulo 2.....	135
4.2.3. Módulo 3.....	138
4.2.4. Módulo 4.....	151
4.3. Perfil dos Participantes .....	159
4.4. Avaliação do Projeto: as visões sobre o que foi possível executar .....	164

4.4.1. Avaliação da metodologia do Diagnóstico Rápido Participativo .....	165
4.4.2. Avaliação global do Projeto .....	166
4.5. O que não apareceu nas avaliações precedentes: ponderações sobre os desafios internos enfrentados de maneira geral pelo Projeto em relação à execução dos objetivos.....	173
4.6. Finalizado o Projeto, o que ficou por fazer? – uma vez mais o projetismo. ....	176
4.7. Avanços conquistados.....	179
4.8. Conclusões do capítulo .....	179
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	181
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	186

## INTRODUÇÃO

Essa investigação possui por objeto o Projeto “Polo Institucional de Fortalecimento da Gestão Participativa do Sistema Único de Saúde (SUS)”, o PoloSUS. Essa dissertação aparece como uma confluência dos meus interesses de pesquisa com as oportunidades que apareceram no momento de minha entrada no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, como passo a expor da seguinte maneira nos próximos parágrafos: narro minha trajetória acadêmica até o presente momento, pontuando quais os fatores que me levaram a me interessar em discutir o objeto de análise deste trabalho e como a oportunidade foi encontrada e me encontrou. Em seguida, exponho os contornos do PoloSUS, pontuando quais os objetivos da pesquisa, sua justificativa, relevância, principais pontos teóricos e a estrutura de trabalho.

Minha graduação foi concluída em 2011, na Faculdade de Direito da Universidade Federal de Juiz de Fora, no *campus* da cidade de Juiz de Fora-MG, sendo que meu trabalho de conclusão de curso tratou de discutir a (in)constitucionalidade da denominada “Lei da Ficha Limpa”, sob o ponto de vista da teoria do discurso habermasiana, havia a preocupação de saber o quanto uma legislação como aquela poderia influir restritivamente na liberdade de escolha dos cidadãos quanto aos seus representantes. Em seguida, no mesmo ano, sou aprovado para a 1ª turma de direito público da Pós-Graduação *lato sensu* (especialização) da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, em Juiz de Fora. Lá, em 2013, faço meu trabalho de conclusão revendo parcialmente a posição assumida na graduação: acredito que a Lei da Ficha Limpa permanece enviesando a liberdade cidadã, mas passo a defender que a legislação é constitucional, ao menos na sua dimensão formal (é uma lei de iniciativa popular). Ato contínuo, em 2013, fui aprovado para ser discente do Programa de Pós-Graduação em Direito Público da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, mas, por razões da vida pessoal, não pude concluir a dissertação que discutia a constitucionalidade dos poderes parlamentares previstos nos estatutos da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, bem como do Congresso Nacional. Como se pode perceber, a democracia e seu funcionamento sempre estiverem permeando meus olhares como pesquisador.

Durante minha carreira docente também tive a oportunidade de refletir sobre os mecanismos de poder da democracia, em um grupo de pesquisa no Centro Universitário Estácio Juiz de Fora, onde também participei de um grupo de pesquisa sobre grupos em situação de vulnerabilidade. Entre agosto a dezembro de 2015, decidi buscar retomar os estudos em pós-graduação, quando uma amiga, a Bárbara Vital, discente deste programa, à

época no mestrado e orientanda da Professora Marta Mendes da Rocha, me mostrou um vídeo promocional do PoloSUS. Eu fiquei extremamente animado com a perspectiva de ver em um Projeto pontos de meu interesse como a democracia, o controle social e o direito à saúde. Propus um projeto de pesquisa na seleção de mestrado e o mantive após a promoção, com as devidas – e inúmeras, claro – retificações necessárias. Seja como for, a confluência dos meus interesses acadêmicos “desde sempre” e a oportunidade da existência deste projeto formam a moldura desta dissertação.

O Projeto PoloSUS está baseado na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no Sistema Único de Saúde, que orienta as ações do governo quanto a promoção, qualificação e aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas no âmbito do SUS. Foi um projeto fruto de parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Juiz de Fora. Cuidou-se de um Projeto que buscou unir extensão e pesquisa universitárias à inovação tecnológica social. Deste modo, os objetivos desta dissertação são, com base em um estudo de caso, analisar em que medida a estratégia de parcerias entre o Ministério da Saúde e outras instituições – como as universidades – é adequada para colocar em prática ações de políticas setoriais, aperfeiçoamento do controle social e participação em saúde e o quanto propicia alcançar os objetivos dessas políticas.

Analisar este projeto justifica-se pela importância dada ao aperfeiçoamento do controle social e da participação no âmbito do SUS, que tem início nas legislações dos anos de 1990, principalmente as leis 8080 e 8192 e fica patente nas recomendações da resolução 507 do Conselho Nacional de Saúde de 2016, que na 15ª Conferência Nacional de Saúde, orientou a necessidade de fortalecer e a avaliar a política de educação permanente em saúde, visando melhorar o controle social no SUS, de forma ativa, crítica e propositiva, nas três esferas de governo, mediante apoio político e financeiro, tendo o foco na qualificação, especialmente em relação à aplicação dos recursos financeiros e de gastos. Aliada a essa questão, por demanda da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, o PoloSUS ainda cuidou de capacitar os participantes em relação às demandas de políticas setoriais de grupos considerados em situação de vulnerabilidade, como a comunidade LGBT, população cigana, população negra, população em situação de rua, população dos campos e da floresta.

Além de justificar-se por buscar promover a capacitação e a equidade em saúde, a relevância deste trabalho estabelece-se a partir do entendimento que a realização de políticas ao mesmo tempo em que executam missões sociais, principalmente a partir da Constituição Federal de 1988, também trazem experiências para planejamentos de outras políticas; assim,

um estudo de caso como a presente dissertação pode registrar os incentivos recebidos, dificuldades e/ou dilemas enfrentados em projetos como esse.

A partir disso, o plano de trabalho dos próximos capítulos está delineado da seguinte maneira: Os capítulos tentaram dar conta do objeto de pesquisa e suas questões. No primeiro, houve a apresentação do objeto de pesquisa e caminhos metodológicos que percorreríamos, com o modelo teórico, dimensões de análise, problemas e hipóteses. O segundo cuidou de emoldurar o contexto institucional em que o projeto é desenvolvido, sobretudo com a apresentação do desenho institucional provido pela Constituição Federal e as leis 8080 e 8142, ambas de 1990. Os terceiro e quarto capítulos são dedicados ao estudo de caso propriamente dito, apresentando a sedimentação da agenda de participação e controle social, a formulação do poloSUS, tomadas de decisão, avaliação e os avanços conquistados, eventuais fracassos, o que ficou por fazer e eventuais aprendizagens.

Tendo em conta um objeto de tamanha envergadura e nuances, elegemos, já no primeiro capítulo, o modelo teórico do ciclo de políticas públicas, com suas fases de agenda, formulação, tomadas de decisão, implementação e avaliação, como instrumental de análise que auxiliasse a repartir o projeto PoloSUS, por acreditarmos que o projeto que ilustra a política também poderia ser repartido como se política fosse. Acreditamos que foi uma decisão metodologicamente acertada e, a partir desse método, pudemos fazer o estudo de caso tendo em mente as cinco dimensões delimitadas, como a origem da parceria, o desenvolvimento do projeto, levantamento sobre os desafios da gestão e implementação do projeto, a avaliação do projeto e os feitos conquistados e o que ficou por fazer.

A expectativa é que esse estudo possa ser um registro de um projeto que foi formulado com ótima intenção, que cumpriu uma necessária finalidade, e que sirva de base de consideração para futuros projetos como esses em educação permanente de políticas públicas e direitos sociais.

## CAPÍTULO 1 – APRESENTAÇÃO DO OBJETO E DO DESENHO DA PESQUISA

### 1.1. Apresentando o objeto de pesquisa: linhas gerais sobre o polosus

O Projeto “Polo Institucional de Fortalecimento da Gestão Participativa do Sistema Único De Saúde (SUS<sup>1</sup>)” - POLOSUS – se baseou na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (Participa SUS)<sup>2</sup>. O Participa SUS é uma política que orienta ações de governo que promovam, qualifiquem e aperfeiçoem a gestão estratégica e democrática das políticas públicas no âmbito do Sistema Único de Saúde, nas respectivas esferas federativas de gestão. No caso específico do POLOSUS, foi firmado um termo de cooperação de descentralização de recursos, tendo como partícipes o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Juiz de Fora. O Projeto teve financiamento do Fundo Nacional de Saúde e contrapartida pela UFJF.

O PoloSUS é fruto de uma parceria entre a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP-MS) e a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), através da Escola de Governo e Cidadania (EGC). A EGC é também um projeto de extensão<sup>3</sup> da UFJF<sup>4</sup>, que tem como objetivo apoiar o processo de construção das políticas públicas nos três níveis de governo e nos três poderes da república, assim como auxiliar na capacitação e prestar consultoria à sociedade civil organizada para que tenha melhores condições de participação efetiva no processo democrático. Atualmente, a EGC se coloca alinhada à política nacional de extensão universitária e, de modo geral, suas ações estão associadas à educação continuada – no caso do PoloSUS, educação continuada em saúde – e direitos humanos e justiça. A EGC pauta suas ações buscando atuar em rede com os demais órgãos do Estado, instituições acadêmicas e organizações da sociedade civil, através da adoção de modelos flexíveis para atender às singularidades de cada projeto que lhe é apresentado. Visa articular saberes acadêmicos, técnicos e sociais no desenvolvimento institucional da administração pública dos três poderes, articulando atores públicos e privados para o incremento na prestação dos serviços públicos, fortalecendo a sociedade civil,

---

<sup>1</sup> Para que o texto possa fluir melhor, passamos a usar “SUS” sempre que estivermos nos referindo ao Sistema Único de Saúde brasileiro.

<sup>2</sup> As informações sobre o Projeto podem ser acessadas na plataforma virtual em: <<http://polosus.com.br/projeto/sobre/sobre>>. Acesso em 28 de maio de 2018.

<sup>3</sup> Fato que faz Cristina Dias, Vice-Coordenadora do Projeto, ter apontado em nossa disciplina no PPGCSO/UFJF, “Seminário de Pesquisa”, que se pode falar de um projeto dentro de outro projeto.

<sup>4</sup> Essas informações constam do *site* da Escola de Governo e Cidadania da UFJF em: <<http://www.ufjf.br/egc/2014/01/21/inicial/>>. Acesso em 29 de maio de 2018

desenvolvendo a região e sendo uma maneira de a UFJF possuir contato regional com a população de seu entorno ao promover essas ações de formação, consultoria e geração de conhecimentos científicos aplicados à administração pública e à sociedade civil.

O objetivo principal da parceria entre a SGEP/MS e a UFJF foi promover o fortalecimento das políticas de gestão participativa do SUS, tendo como objetivo inicial oferecer capacitação para 1400 pessoas através de 17 municípios-polo, abrangendo um total de 280 municípios . Parcerias como essas nos parecem uma maneira eficaz e eficiente do Ministério da Saúde conseguir maior penetração no território.

O objetivo principal gerou outros objetivos, tais como: a promoção do fortalecimento das políticas de gestão participativa no âmbito do SUS através da geração de conhecimentos e capacitação dos gestores públicos e lideranças sociais; produção e difusão de conhecimentos e informações sobre a estrutura da participação social no Sistema Único de Saúde; a capacitação e mobilização dos agentes públicos e sociais que atuam nas áreas da saúde com ênfase especial sobre as populações em condições de vulnerabilidade e iniquidade no acesso à saúde; a busca por contribuir para o fortalecimento da política de promoção da saúde e promoção da equidade em saúde; a promoção do desenvolvimento de competências e habilidades para que os gestores públicos e os atores sociais estejam mais aptos a atuar na promoção do direito à saúde em suas localidades; a contribuição para gerar e disseminar novas tecnologias e experiências bem sucedidas de participação e controle social nos diferentes municípios; o fomento da criação de redes de cooperação e intercâmbio de informação na área de saúde; a sensibilização e capacitação dos diferentes atores com objetivo de promover a equidade no atendimento e acesso à saúde e a promoção do fortalecimento de mecanismos de participação e auxiliar no fomento da criação de redes articuladas em torno do controle e da gestão democrática das políticas de saúde.

Como registraremos nos capítulos seguintes, a partir do tripé normativo que desenha o sistema de saúde (Constituição Federal, Lei 8080/1990 e Lei 8142/1990), a participação e o controle social são princípios fundamentais do SUS, tendo sido criados mecanismos importantes de participação como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, dentre outros. Também aparece com relevância o princípio da equidade, isto é, levar em consideração as condições de vida e acesso a bens e serviços de saúde de pessoas e grupos, além das condições e determinantes sociais, para determinar o nível de bem-estar e saúde, ampliando o conceito desta.

A equidade foi central para este projeto, pois, além de promover o fortalecimento das políticas da gestão participativa do SUS mediante a produção e disseminação de conhecimentos, informações e capacitação de agentes públicos e sociais que atuam na área de saúde, o projeto enfatizou grupos considerados em situação de vulnerabilidade social e iniquidade no acesso à saúde, com especial atenção a população do campo e da floresta, população LGBT – lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros -, população cigana, população negra e população em situação de rua. Esses grupos em específico aparecem como uma demanda vinda da SGEF, que possui políticas de equidade especialmente voltadas para esses grupos<sup>5</sup>.

O Projeto que iniciara como uma iniciativa típica de extensão, portanto tendo seu primeiro registro na Pró-Reitoria de Extensão (ProEx) ampliou seu alcance na estrutura da UFJF e em seu formato, sendo também registrado na Pró-Reitoria de Pesquisa e na Secretaria de Desenvolvimento tecnológico (sendo inclusive enquadrado na Lei de Inovação Científica e Tecnológica). Isso ocorreu porque à perspectiva extensionista de educação, articulação e capacitação, a pesquisa social em saúde e o desenvolvimento de tecnologias sociais de participação e controle social também se incorporaram ao seu desenho, tanto por uma questão de interesse da equipe, quanto por uma estratégia para obter mais incentivos em termos de recursos por parte do Ministério da Saúde, como descrevemos no capítulo 4.

Segundo a agenda proposta, esses objetivos deveriam guiar a ação do Projeto que abrangeria<sup>6</sup> 280 municípios de Minas Gerais nas Regiões da Zona da Mata, Vale do Rio Doce e Campo das Vertentes. Visando otimizar a implementação dos objetivos e enriquecer o diálogo entre os municípios, foram escolhidas 17 (dezessete) cidades-polo, a saber: Aimorés, Barbacena, Caratinga, Cataguases, Governador Valadares, Guanhões, Ipatinga, Juiz de Fora, Lavras, Manhuaçu, Mantena, Muriaé, Peçanha, Ponte Nova, São João Del Rei, Ubá e Viçosa. No Projeto, os municípios foram agregados em Mesorregiões e Microrregiões, segundo a Resolução da Presidência do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nº 11, de 5 de junho de 1990. É curioso notar, neste ponto, que o Projeto não utilizou a regionalização de saúde já existente a partir da organização das superintendências regionais de saúde do estado de Minas Gerais. A rigor, as regionalizações não são tão díspares, contudo, esse foi um questionamento levantado, embora sem muito valor determinante para os fins do projeto. As

---

<sup>5</sup> O *site* da SGEF ainda traz essa questão, ver: < <http://portalms.saude.gov.br/quem-e-quem/688-institucional/secretarias/secretaria-de-gestao-estrategica-e-participativa-sgef/40544-politicas-de-equidade-em-saude>>. Acesso em 02 de maio de 2018

<sup>6</sup> Informações coletadas em: <<http://polosus.com.br/projeto/abragencia/abragencia>>. Acesso em 30 de junho de 2017

coordenadoras apontaram, como registramos no capítulo 3, que seria mais lógico e coerente usar a regionalização da secretaria do Estado de Minas Gerais, entretanto, isso somente denota o pouco vínculo institucional do projeto com a esfera estadual de governo.

Com o fito de executar o Projeto com objetivos tão relevantes, diversificados e densos, em municípios tão diversos e relativamente distantes, a equipe foi coordenada pelas Professoras Marta Mendes da Rocha e Cristina Dias da Silva. Pelo Ministério da Saúde, mais especificamente pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, acompanharam o Projeto Kátia Souto - Diretora do Departamento de Gestão Estratégica e Participativa, durante o período de execução do projeto – e Fernando Eliotério<sup>7</sup>, à época, assistente técnico no mesmo departamento e que já fizera parte do Conselho Nacional de Saúde.

A execução do Projeto PoloSUS contou, sob a coordenação da Professora Marta Mendes da Rocha e da Professora Cristina Dias da Silva, com uma equipe técnica, uma equipe de facilitadores e bolsistas<sup>8</sup> que, pela abrangência, intersectorialidade e interseccionalidade dos objetivos do Projeto, envolveu a participação e/ou apoio de um amplo e diversificado conjunto de pessoas incluindo professores de Instituições de Ensino Superior – públicas e privadas – e pesquisadores de reconhecida competência e experiência na área de Ciências Humanas, bem como em pesquisas e ações em relação à saúde, participação e controle social. No capítulo 3, são apresentados os dados sobre grau e formação dos membros da equipe e quais os critérios utilizados pela coordenação para a formação dessa equipe, a fim de registrar e analisar se a equipe era multidisciplinar e plural, assim como questionar se reuniam as competências e habilidades requeridas no Projeto. Vale anotar que essa equipe participou do diagnóstico participativo, elaboração de relatórios, como facilitadores e capacitadores, atuando também na preparação do material didático para os módulos de capacitação, ajudando a gerar as bases de conhecimento que alimentariam a plataforma virtual (terceira etapa do projeto).

Com efeito, o Projeto pode ser dividido em três etapas: diagnóstico-participativo, capacitações e plataforma virtual. O Diagnóstico Participativo é um método muito utilizado em projetos de pesquisa e extensão, servindo como um mecanismo de investigação da realidade. É geralmente realizado com o auxílio das lideranças locais de determinada comunidade ou por sujeitos sociais integrantes de um grupo pré-definido. Busca-se conhecer

---

<sup>7</sup> Fernando Eliotério foi um importante agente na formulação do Projeto Polo SUS, sendo um elo político relevante entre a SGEP e a Universidade Federal de Juiz de Fora, como será registrado e discutido no capítulo 3.

<sup>8</sup> Informações sobre nome, grau, filiação institucional e área de atuação dos componentes da equipe técnica constam no Anexo.

os problemas da localidade (FLACSO, 2015). No caso do PoloSUS, almejava-se ter uma radiografia mais apurada dos problemas no acesso e demais iniquidades em saúde enfrentados pelos municípios abrangidos, tendo por base os olhares dos participantes/beneficiários do projeto.

Assim, tem-se que o Diagnóstico Participativo serve: para tomada de consciência tanto daquele que responde aos eventuais questionários, tanto por quem os aplica, sobre a realidade política, social e cultural que envolve o problema questionado, para a promoção de colaboração de diferentes grupos na formulação e execução de uma política pública, para a formação de uma base de planificação de atividades que atuem sobre a realidade diagnosticada, para a coleta de dados e para dar maior poder de decisão à comunidade (FLASCO, 2015, p. 11). A esse diagnóstico direto/participativo podem ser adicionados dados de outras bases governamentais. Isso foi feito no PoloSUS, como registraremos adiante.

Sem esse diagnóstico, seria difícil saber quais são as necessidades percebidas pelas vivências<sup>9</sup> das pessoas, grupos e localidades, principalmente tendo uma abrangência tão relevante quanto a da proposta do PoloSUS. No caso do Projeto PoloSUS, o Diagnóstico foi realizado levando em consideração duas estratégias: (a) utilização de dados secundários obtidos em fontes oficiais, e (b) diagnóstico participativo realizado nos municípios-polo das microrregiões com os participantes do projeto.

O diagnóstico baseado nos dados secundários considerou três frentes para ser estabelecido: (a) os indicadores básicos de saúde e estrutura do SUS nos municípios – por exemplo, existência de equipamentos e possibilidade de acesso e utilização de serviços de saúde -, tendo o DataSUS como principal fonte de informação; (b) a estrutura da gestão e participação no município em relação à saúde, assistência social e direitos humanos, se existiam e como funcionavam os conselhos, os fundos, planos municipais e etc, sendo a base de dados MUNIC a principal fonte; e, ainda, (c) relatórios setoriais em relação aos grupos considerados em situação de vulnerabilidade enumerados, com o objetivo de reunir informações e dados sobre como vivem, quais são as dificuldades, necessidades, os riscos à saúde experimentados em decorrência de suas condições de vida e determinantes socioeconômicos e culturais, buscando mapear a presença destes grupos nos 280 municípios abrangidos, bem como a existência e/ou execução de políticas, projetos, programas ou equipamentos públicos direcionados a esses grupos.

---

<sup>9</sup> Como a Professora Marta Mendes – coordenadora do projeto – apontou em entrevista, havia muitos estudos e dados acumulados; entretanto, para a equipe, era importante ter o protagonismo por parte dos participantes na reflexão. Dessa maneira, a metodologia do diagnóstico participativo se mostrou eficaz.

Esses dados foram coletados e sistematizados não para repetir as informações já divulgadas por órgãos oficiais, mas organizar um quadro geral da estrutura do SUS e do desempenho em relação aos indicadores selecionados, nesses 280 municípios, visando à formação da plataforma virtual colaborativa de informação em rede.

O Diagnóstico rápido participativo foi realizado, por sua vez, nas cidades-sedes das microrregiões. Cada encontro durou em média 8 horas, tendo acontecido nas 17 cidades-polo. Nestes encontros, os participantes discutiram, auxiliados por um facilitador do Projeto, as suas percepções sobre as iniquidades e os problemas de acesso à saúde em seus municípios, bem como os possíveis entraves ao controle e participação social na estrutura e gestão do SUS. Utilizando metodologias de pesquisa-ação, o Projeto objetivou que os participantes compreendessem e refletissem sobre a realidade social que vivenciam sobre a gestão do SUS e o controle e participação social nesta estrutura.

Em relação às etapas de planejamentos das atividades, podemos pontuar as seguintes:

(a) a primeira delas, a formulação do Projeto frente ao Ministério da Saúde, com a escrita do projeto básico (etapa realizada por José Augusto, que era servidor comissionado na ProEx e não pelas coordenadoras. Fato que analisamos no capítulo 3), às Pró-Reitorias de Extensão e Pesquisa e à Secretaria de Desenvolvimento Tecnológico da UFJF, etapa que foi demorada, embora importante para a realização das demais.

(b) A etapa seguinte pode ser definida como a formatação e capacitação da equipe, com capacitação de suporte técnico-operacional e de bolsistas e a capacitação de facilitadores e assistentes.

(c) Quase que de maneira concomitante, houve a etapa de mobilização do público-alvo, que cuidou da revisão e atualização das bases de dados identificadores e localizadores de pessoas, órgãos públicos, entidades, grupos e movimentos sociais; de planejar, editar e imprimir material gráfico, bem como do planejamento, desenvolvimento e publicização de *websites* e redes sociais.

O ato seguinte já pode ser considerado um limiar ou a passagem entre a formulação e a implementação, na medida em que cuidou do lançamento do Projeto, com organização do evento para apresentação do PoloSUS. Neste evento, houve intensa mobilização de Representantes do Ministério da Saúde, Prefeitos, Secretários de Saúde, Conselheiros de Saúde, bem como da comunidade acadêmica da UFJF. Neste mesmo cenário, também foram realizadas as proposições com os termos de parcerias com os municípios-sede que viriam a

ser as cidades-polo das microrregiões, além da proposição do termo de adesão para colaboração voluntária de 263 municípios.

Realizados os contatos via telefone e e-mail, a primeira parte da execução “em campo” do projeto se deu com a aplicação dos diagnósticos participativos (organizados em 23 turmas nos 17 municípios-polo), que geraram bases importantes para as capacitações (principalmente o módulo 3), que ocorreram em 4 módulos. Todas as informações sistematizadas no caminhar do Projeto que tenham/tiveram ligação com a participação na gestão e no controle social do SUS fariam parte da plataforma virtual colaborativa, uma maneira de gerar tecnologia socialmente aplicável, que era um importante vetor do PoloSUS.

A participação da UFJF deu-se com facilitações estruturais como o empréstimo de carros, 03 bolsas de extensão para graduandos, serviço de correios, suporte para eventos (por exemplo, cerimonial), acesso à internet e telefones, kits de material para os participantes, total disponibilidade de material de escritório, elaboração de material gráfico, hospedagem do site (ainda que o Projeto tenha arcado com os custos do domínio), espaço físico e computadores. A base física do Projeto foi a Casa de Cultura, imóvel cedido pela UFJF, espaço amplo que abarca outros projetos de extensão na cidade de Juiz de Fora.

Com efeito, como buscaremos assinalar no capítulo 2, o Brasil apresenta trajetória relevante na mobilização social na defesa do direito à saúde. A constitucionalização e a redemocratização foram momentos ímpares para tentarmos consolidar<sup>10</sup> a saúde como direito e traço constitutivo da ideia de cidadania. Essas noções se sedimentam na década de 1990, com as conferências e conselhos de saúde.

Se a 8ª Conferência Nacional de 1986 aparece como marco de relevo por subsidiar as ideias que seriam constitucionalizadas na Assembleia Constituinte, as últimas três conferências nacionais ampliam e aprofundam aqueles entendimentos ao reafirmarem a necessidade e imprescindibilidade da implementação e do fortalecimento dos mecanismos existentes de controle social. Disso decorre pleitos relevantes que valem a pena assinalar: garantir a efetiva implantação dos conselhos estaduais e municipais, com garantia de orçamentos próprios e suficientes; consolidar o caráter deliberativo, fiscalizador e gestor do colegiado dos conselhos, com composição paritária entre os usuários e os demais segmentos; sedimentar a participação social, com a abertura de canais e possibilidades para a interação dos movimentos sociais, que são atores-chave para a gestão democrática e participativa do

---

<sup>10</sup> No momento em que terminamos essa pesquisa, o País passa por um momento de dificuldades políticas e sociais. A saúde como direito tem sofrido ataques sucessivos, como o congelamento de investimentos públicos por vinte anos, através de emenda à constituição e cortes orçamentários subsequentes.

Sistema Único de Saúde; aperfeiçoar os canais de participação existentes, sem prejuízo de buscar criar novas alternativas para a interlocução entre os usuários e o sistema de saúde, bem como de mecanismos de escuta do cidadão<sup>11</sup>.

O grande desafio da discussão sobre Gestão Democrática Participativa na Política de Saúde e sua efetivação é lidar com as demandas de diversos grupos sociais, que terão múltiplas percepções sobre os problemas e suas necessidades no acesso à saúde. Principalmente com a Política de Saúde brasileira que congrega controle social e equidade.

A Política de Saúde aqui é compreendida nos termos de Paim e Teixeira (2006, p. 74), que assinalam:

[e]ntende-se como política de saúde a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. *Políticas de saúde abrangem questões relativas ao poder em saúde (politics)*, bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (*policy*). (...) enquanto disciplina acadêmica, a política de saúde abrange o estudo das relações de poder na conformação da agenda na formulação, na condução, na implementação e na avaliação de políticas. (itálico, no original).

As implicações decorrentes disso são ter sob foco e buscar compreender as relações de poder que se estabelecem em torno da política de saúde e que influenciarão no processo decisório sobre os planos, programas, estratégias e processos de alocação de recursos (FLEURY, OUVÉNEY, 2012, p. 45), a política de saúde pode ser melhor desenvolvida ao dar uma paridade de armas entre os atores que disputam os recursos da política. O PoloSUS possuiu como um de seus vetores a capacitação dos diversos atores envolvidos na formulação e implementação da política de saúde, com ênfase sobre as minorias e populações consideradas em situação de vulnerabilidade, de modo a reduzir a assimetria de informações e promover maior equalização das condições para participação e o exercício da influência nos fóruns de participação e de deliberação, formais e informais, sobre a política de saúde.

Isso se torna especialmente importante dado o público-alvo do Projeto PoloSUS. O convite do Projeto era direcionado a pessoas que atuassem em movimentos sociais, associações de bairro, grupos em defesa de direitos humanos e de minorias; conselheiros de saúde, assistência social e direitos humanos, gestores do SUS. Portanto, em princípio, o Projeto estava focado em atores que poderiam exercer papel de liderança: conselheiros,

---

<sup>11</sup> Ver, sobretudo, as orientações da 15ª Conferência Nacional de Saúde: <[http://conselho.saude.gov.br/web\\_15cns/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/index.html)>. Acesso em 03 de maio de 2018

secretários municipais, líderes de movimentos sociais. A chamada para a construção de uma gestão popular e democrática para o SUS foi se ampliando aos poucos. Dois fatores contribuíram para ampliar os “destinatários” iniciais do Projeto: a dificuldade de preencher as vagas disponíveis com aqueles considerados pela idéia original e a procura dos estudantes e profissionais de saúde. O Projeto levou em consideração, ainda, a demanda da SGEP de discutir a saúde a partir da equidade e das variadas condicionantes de grupos considerados em situação de vulnerabilidade. O Projeto acabou por mobilizar atenção para a População do Campo e da Floresta (trabalhadores rurais, camponeses, quilombolas, assentados, atingidos por barragens, ribeirinhos, etc.), população LGBT, população cigana, população negra e a população em situação de rua. Teremos a oportunidade de perceber que essas assimetrias, iniquidades e obstáculos presentes na realização do SUS também se fizeram presentes na execução do PoloSUS.

## **1.2. Desenho da pesquisa**

### 1.2.1. Contextualizando a investigação

A pesquisa proposta tem como objeto de análise um projeto desenvolvido no âmbito da política de saúde no Brasil, especificamente o PoloSUS. O problema central da investigação é, através do estudo de caso do PoloSUS, avaliar a eficácia de parcerias entre o Ministério da Saúde e entidades como as Universidades e ONG's para a execução de políticas públicas, perquerindo quais os incentivos e obstáculos na realização dessas parcerias

Inicialmente, acreditamos que o Governo busca essas parcerias para ter maior capilaridade no território e/ou por não ter toda a *expertise* requerida em seus quadros para a execução da política. Além de confirmar essas hipóteses, também buscaremos avaliar se a entidade parceira, em nosso caso, a UFJF, também possuía condições de executar os objetivos delineados no termo de convênio. Dessa maneira, queremos saber o que foi o PoloSUS, como funcionou – com suas conquistas e fracassos – e os eventuais efeitos gerados pelo projeto.

Como visto na apresentação, a Universidade Federal de Juiz de Fora funcionou como entidade parceira nesta cooperação com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. Através do contato político<sup>12</sup> entre um servidor da Pró-Reitoria de Extensão e um servidor comissionado da SGEP (José Augusto), foi desenhado o Projeto – que, depois, também seria considerado como um projeto de pesquisa – para capacitação de

---

<sup>12</sup> A caracterização como contato político é melhor explicado no capítulo 3.

lideranças sociais. Fernando Elioterio, político com trajetória em Juiz de Fora, que também teve lastro em cargos no Ministério da Saúde desde 2003, ajudou nas conversas entre a SGEP – que buscava parcerias que a auxiliassem em sua agenda de educação permanente em saúde – , onde era assessor técnico da Diretoria de Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP), e a UFJF. Dialogando com José Augusto, que buscava oportunidades para a UFJF atuar via ProEx, o projeto é proposto, desenhado, revisto, ajustado, até a formatação do plano de trabalho original. A partir deste encontro de vontades e necessidades, o Projeto contou com recursos descentralizados a partir do Fundo Nacional de Saúde, verba prevista no orçamento da seguridade social da União.

Assim, a UFJF passa a colocar parte de seus quadros a serviço da pesquisa e extensão<sup>13</sup>, cumprindo a função social que se espera de uma Universidade. Nos capítulos seguintes, buscamos compreender melhor como foi desenvolvido esse papel de parceria pela UFJF ou se teve um papel mais semelhante a um prestador de serviços frente à agenda estipulada pela SGEP. Questão adicional que está atrelada às investigações gerais é se a UFJF possuía toda a estrutura necessária e conhecimento técnico requerido já que, considerando que pode possuir vantagens em relação ao Ministério da Saúde, também possui suas limitações, por exemplo, uma legislação interna que limita a doze horas semanais o tempo de dedicação dos docentes a projetos de extensão, sendo certo que a extensão não é um critério relevante para fins de avaliação de programas de pós-graduação por agências como a CAPES.

Na elaboração de um projeto que atue sobre a política de saúde deve-se considerar o ciclo composto por etapas de elaboração, implantação e execução, como apontam Fleury e Ouverney (2012), em que atores sociais diversos foram convidados a participar, compondo uma rede de relações de poder que, possivelmente, modelaram o formato geral do projeto de fortalecimento da gestão participativa do Sistema Único de Saúde. Essas relações acontecem nos espaços específicos que são denominados de “arenas”, que contam com regras e processos estabelecidos. Neste ínterim, uma das dinâmicas analisadas foi sobre se a realização do PoloSUS seguiu uma orientação do tipo *top down* ou *bottom up*, isto é, se as diretrizes vieram de maneira estanque e definitiva a partir da SGEP ou se a UFJF, nomeadamente a equipe do PoloSUS possuía espaço para influir sobre as diretrizes, objetivos e sobre o desenho do projeto, assim como sobre as estratégias de implementação.

---

<sup>13</sup> No capítulo 3, apontamos a desafiadora e problemática questão do limite de carga horária dos docentes em relação a dedicação à extensão e o quão pouco valorizada é a atividade extensionista para fins de avaliação de programas de pós graduação por instituições como a CAPES.

Assinale-se que as políticas ou projetos de orientação *top down* são analisadas pelo sucesso de sua implementação, a partir da ótica do quão próximo os agentes executores seguiram as diretrizes e compromissos definidos em decisões políticas anteriores (OEI, 2002). Na dinâmica de *top down*, a maneira de implementar o projeto é dirigida pelo construtor da política, geralmente, no nível oficial ou governamental. Em nosso caso, a título de exemplo, se o PoloSUS se caracterizou por uma dinâmica deste tipo, a implementação teria sido toda dirigida a partir do desenho proposto pela agenda da SGEP. Aponta-se que a diferença entre as aspirações do centro governamental e as realidades locais seria uma das causas importantes dos eventuais déficits da implementação deste modelo (OEI, 2002).

O enfoque *bottom up* se constitui, por sua vez, a partir de críticas ao enfoque anterior, partindo da análise das decisões que se dão no plano concreto, local, da realização da política, sem conferir papel determinante às estruturas ou diretrizes pré-existentes (OEI, 2002). Este enfoque toma em consideração a possibilidade real de que haja um controle imperfeito no momento da formulação da política. “Existiria um *continuum* política/ação no qual um processo interativo de negociação tem lugar entre os que buscam colocar a política em prática - aqueles dos quais depende a ação - e aqueles cujos interesses serão afetados pela mudança provocada pela política” (OEI, 2002). Supõe-se que a implementação carece de uma intencionalidade determinada pelos que detêm o poder ou que essa intencionalidade ou racionalidade é uma moldura, havendo espaço de liberdade de acomodação de necessidades pelo agente executor da política.

A terceira perspectiva, o enfoque misto, advoga que o centro de poder governamental pode delinear as principais diretrizes, apontando os compromissos que devem ser realizados, mas abrindo espaço de planejamento e implementação pelo agente executor. Nossa hipótese é a de que o PoloSUS funcionou segundo uma dinâmica *bottom up*, uma vez que precisou absorver demandas da SGEP, mas alterou, algumas vezes, o desenho inicial do projeto.

### **1.3. Delimitando as questões-problema da investigação, os objetivos e as opções metodológicas**

A opção metodológica da Pesquisa é analisar as várias dimensões do Projeto PoloSUS (agenda, desenho do projeto, estabelecimento da parceria, formação da equipe, diagnósticos, capacitação, plataforma virtual, concretização dos objetivos) a partir de três eixos de questões: o que foi o PoloSUS? Como foi executado? Quais os feitos conquistados e, ao revés, o que ficou por realizar?

Dessa maneira, a partir desses eixos, as questões-problema da investigação passam por saber quais são as vantagens e dilemas de uma parceria como a estabelecida pela SGEF e a UFJF; por saber, pontuar e compreender quais são os desafios, reflexões, eventuais adaptações pelas quais passam a execução de um projeto como esse; e tentar diagnosticar quais são os ganhos possíveis e os fracassos sofridos na empreitada, tanto pela perspectiva da agenda do Ministério da Saúde, do empenho e desempenho da equipe da UFJF e, se possível, pela ótica do público-alvo.

A partir dessas questões introdutórias, entendemos que o estudo de caso, na área de políticas públicas é uma opção metodológica que permite uma análise aprofundada de um objeto em especial. O objetivo consiste em compreender e analisar com maior intensidade os fenômenos que constituem o ciclo, no caso, do projeto de fortalecimento da gestão estratégica e participativa do SUS, com vistas a compreender as especificidades do objeto estudado (BISQUERA, 1989) e pontuar em que medida é possível a reprodução do objeto – PoloSUS – em novas parcerias para execução das políticas de fortalecimento da gestão participativa no Brasil. Bell (1993) aponta a oportunidade que a abordagem do estudo de caso proporciona para estudar, de uma maneira mais ou menos aprofundada, um determinado aspecto de um problema em pouco tempo (dentro de um prazo curto de uma dissertação de mestrado, a abordagem parece otimizar nossos objetivos). Bell (1993) prossegue com a afirmação de que a grande vantagem deste método consiste no fato de permitir ao pesquisador a possibilidade de se concentrar em um caso específico ou situação e de identificar, ou tentar traçar, os variados processos interativos em curso.

Construir as opções metodológicas é sempre um passo que nos apresenta dificuldades na escolha do melhor meio. No caso da análise de políticas públicas, há a tensão entre a abordagem descritiva e a abordagem prescritiva ou propositiva. A orientação predominantemente descritiva é representada pela análise que tem como objetivo desenvolver conhecimentos sobre a política quanto à sua elaboração como um todo (formulação, implementação e avaliação), evidenciando as características das políticas e de seus processos de elaboração. A orientação predominantemente prescritiva é direcionada a auxiliar os formuladores de políticas, adicionando conhecimentos à elaboração das políticas, com envolvimento direto na tomada de decisões com propostas.

Nesse sentido, o manual da Organização dos Estados Iberoamericanos (OEI, 2002) assinala uma tipologia de sete tipos de Análise de Política: 1) estudo do conteúdo das políticas, em que os analistas buscam descrever e analisar a origem e o desenvolvimento das

políticas, pontuando a maneira como surgiram, como foram implementadas e quais foram seus resultados; 2) estudo do processo das políticas, em que os analistas concentram suas atenções nas fases das políticas e suas questões, avaliando a influência de diversos fatores principalmente na formulação das políticas; 3) estudo dos resultados das políticas, orientados para explicar como os gastos e serviços variam em diferentes áreas; o que motiva os analistas a tomarem as políticas como variáveis dependentes, demandando a compreensão delas em termos de fatores sociais, econômicos, tecnológicos e etc; 4) estudos de avaliação, em que se busca identificar o impacto gerado pela política na sociedade; 5) informação para a elaboração de políticas, é o caso em que o governo e os analistas acadêmicos organizam os dados para auxiliar na elaboração de políticas e a tomada de decisões; 6) defesa de processos, os analistas procuram implementar melhoras nos sistemas de elaboração de políticas, mediante a realocação de funções, tarefas e enfoque para avaliação de opções; 7) defesa de políticas, é, geralmente, exercida por intermédio de grupos de pressão, em defesa de ideias no processo de elaboração de políticas.

A rigor, essa pesquisa é uma mistura da perspectiva orientada para a descrição e a perspectiva orientada para a proposição; bem como contempla uma análise que abarca a tipologia pontuada em (1), (2), (4) e (5), de maneira preponderante e imediata, ainda podendo considerar (3) e (6) de forma menos preponderante.

Isso porque a pesquisa analisa, como objetivo geral, o ciclo da execução do projeto PoloSUS dentro da política de fortalecimento da gestão social e participativa do SUS e também organiza apontamentos sobre os fatores facilitadores e dificultadores da realização dos objetivos do projeto, os obstáculos enfrentados, as carências, as reflexões que foram colocadas em prática e as que foram rejeitadas, potencialidades e limitações que o projeto enfrentou, a fim de que as agências de governo possam aperfeiçoar esse modelo de parcerias nas próximas formulações e execuções ou até mesmo o PoloSUS, já que nas entrevistas dos técnicos do Ministério da Saúde aparece afirmações sobre a vontade de que o projeto tenha continuidade.

Especificamente, os objetivos da pesquisa se orientam por pontuar e realizar a análise da formulação da agenda do Projeto, sua implementação (com suas ações e não-ações, tomadas de decisão, dificuldades e facilidades) e sua avaliação; perscrutar como atuou a Universidade Federal de Juiz de Fora, com as coordenadoras, equipe técnica, facilitadores e bolsistas em diálogo com o público-alvo do Projeto; buscar delinear o alcance de objetivos em relação à agenda proposta e o grau de satisfação do público-alvo e dos atores envolvidos na

execução do Projeto. Esse objetivo tem certo peso porque como aponta Wildavsky (1979, p. 7), a análise de políticas públicas envolve relevante grau de aprendizado a partir das experiências, inclusive as experiências de erros e eventuais fracassos, na medida em que pode gerar materiais relevantes para a correção de rumos para projetos vindouros. Além disso, também objetivamos mapear as consequências de um projeto de fortalecimento da gestão social nas diversas esferas: público-alvo, esfera técnica da UFJF, esfera de gestão de Brasília, esfera política dos governos locais e seus conselhos municipais de saúde.

#### **1.4. Políticas, políticas públicas e análise de políticas públicas: delimitando conceitos**

Com o fito de compreender essas dimensões e eixos, optamos pela metodologia de um estudo de caso a partir da análise de “política”<sup>14</sup>. Trabalhamos aqui com as noções de HECLO(1972, p.84-85) que inova a tradição teórica ao trazer o importante elemento da “não-decisão” para o conceito de política; para ele, a política pode ser considerada como um curso de uma ação ou não-ação, mais do que propriamente decisões ou ações específicas. Também utilizamos o conceito de HAM e HILL (1993, p.13), para eles política está conceituada no sentido de teias ou redes de relações em vez de uma decisão específica; os autores analisam as implicações do fato de que a política é “antes um curso de ação (...) que uma decisão”. Os autores destacam coisas como: em política há uma teia de decisões de considerável complexidade; há uma série de decisões que, tomadas em seu conjunto, encerram mais ou menos o que é a política; políticas mudam com o passar do tempo e, em consequência, o fim da política é uma tarefa difícil; o estudo de políticas também deve ater-se na análise das “não-decisões”.

Dessa maneira, três vetores que parecem constar do núcleo da ideia de “política” para esse estudo são: política como uma teia de decisões e ações que implementam valores, como uma instância que, iniciada e articulada, passa a conformar o contexto em que uma série de decisões futuras são/serão tomadas; portanto, é preciso tomar a política como a rede ou a sucessão de ações e não-ações mais que como uma decisão localizada no tempo, sempre tendo em conta o contexto. É preciso assinalar que estamos discutindo nesta investigação as políticas públicas (*policy*) – e sua forma de concretização - e não o processo decisório, o jogo político (*politics*) que produz as políticas públicas.

---

<sup>14</sup> São múltiplos os conceitos sobre “políticas”, para compreensões distintas, ver EASTON (1953), JENKINS (1978), HECLO (1972)

Existem, também, diversos conceitos sobre o que seja “política pública”<sup>15</sup>. Trabalhamos com o conceito de política pública atrelada à concepção que se conecta à política do Estado e do interesse público. A partir desta concepção, o Estado existiria para realizar o interesse maior de dada sociedade. Falar de política pública é, portanto, falar sobre Estado dentro de um pacto social, de interesses e de poder<sup>16</sup>. A política pública, portanto, em nossa concepção “é o Estado em ação, o processo de construção de uma ação governamental para um setor, o que envolve recursos, atores, arenas, ideias e negociação” (VIANA, BAPTISTA, 2012, p.60); os aspectos políticos são, portanto, inerentes ao processo de elaboração de políticas.

Dessa maneira, é possível colocar o Projeto PoloSUS como um projeto constitutivo de uma política pública de saúde, a partir da lista de objetivos já traçados que materializam a ação do Estado, através da parceria entre a SGEF e a UFJF para promoção e fortalecimento do controle social no âmbito das políticas de saúde, com seus aspectos positivos e com seus aspectos desafiadores.

### **1.5. A análise de políticas públicas como campo científico e ferramenta de investigação: o ciclo de políticas**

Como campo de estudo, a Análise de Políticas Públicas contribui principalmente ao possibilitar maior compreensão, transparência e reflexão sobre os padrões políticos e decisórios adotados pelos Estados e pelos atores, tendo se aprimorado desde os anos 1970. A Análise de Políticas Pública permite, ainda, identificar os condicionamentos internos e externos que envolvem o ciclo da política, servindo de base ou insumo para a formulação de novas políticas (VIANA, BAPTISTA, 2012), através da utilização de diversos métodos e diálogos inter e transdisciplinares para buscar resolver ou analisar problemas concretos em política pública (BARDACH, 1998; WILDAVSKY, 1979).

---

<sup>15</sup> Passando pelos clássicos até os conceitos mais contemporâneos, ver Thomas Dye (1972), William Jenkins (1978), James Anderson (1984)

<sup>16</sup> Destarte, pensar a política dentro da ideia de análise de políticas públicas requer o cuidado de ter em mente as variadas colocações da política que designa uma miríade de significantes como: um campo de atividade ou envolvimento governamental (social, econômica, cidadã), embora com limites nem sempre definidos; objetivo ou situação desejada (fortalecimento da gestão social democrática do Sistema Único de Saúde, por exemplo); propósito específico (como gerar conhecimento, habilidades e competências para a participação e fiscalização social no SUS); decisões do governo frente a situações emergenciais; a autorização formal (diploma legal), ainda que sem viabilidade de implementação; um programa ou “pacote” contendo legislações, organizações e recursos; como resultado, isto é, aquilo que é obtido na realidade e não os propósitos anunciados ou legalmente autorizados ou previstos; como o impacto gerado; a política significando a teoria ou modelo que busca explicar a relação entre ações e resultados; ou como processo (OEI, 2002).

No início do desenvolvimento teórico, a análise de políticas públicas tratava de estudar as características das agências e dos construtores de políticas (*policy makers*), dos atores participantes destes processos, das inter-relações entre agências e atores e das variáveis externas que influencia(va)m esse processo (VIANA, BAPTISTA, 2012, p.59). HAM e HILL (1993) apontam que as políticas públicas passam a constituir uma preocupação merecedora de estudos pelo campo científico a partir da década de 1960 tendo como bússola os interesses de compreender as dificuldades pelas quais passavam os formuladores de política (*policy makers*) frente a crescente complexidade dos problemas com que os formuladores se deparavam, situação que os levou a buscar auxílios e alternativas de propostas para solucionar tais problemas e impasses. Além disso, o campo contou com a inserção crescente de pesquisadores acadêmicos das Ciências Sociais (Ciência Política, Economia, Sociologia) que passaram a trabalhar com questões relacionadas às políticas públicas, construindo e aplicando os conhecimentos na solução de problemas concretos do setor público (OEI,2002). Simultaneamente, os governos passaram a empregar analistas de políticas públicas; conseqüentemente, foi possível o nascimento e desenvolvimento de associações especializadas nessas análises, os chamados *think tanks*.

O campo deixa, já a partir dos anos de 1970, a questão da “orientação política” (*policy orientation*) como a grande marca, de caráter substancialmente normativo, da análise de políticas públicas. Nada obstante, a “orientação pelo problema” (*problem-oriented*) também apareceu durante a consolidação do campo como um traço característico da análise de políticas públicas, fazendo com que o campo científico usufruísse e zelasse pela aplicação de métodos, descrições e prescrições interdisciplinares. Os anos de 1980 são marcados sobretudo pela subestimação da Administração Pública das dificuldades de implementação das políticas, que acaba sendo um vetor de estudo para o campo científico (OEI, 2002).

Com este enfoque, Viana e Baptista (2012, p. 61) apontam que a análise de políticas públicas objetiva questionar a ação pública, seus determinantes, suas finalidades, seus processos e suas conseqüências. As autoras pontuam que a dinâmica dos processos de decisão no momento da construção da política precisam levar em consideração também os atores envolvidos, bem como a estrutura possibilitada pelo Estado, assim como “as relações entre atores públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade” (VIANA, BAPTISTA, 2012, p. 61). No caso de nossa investigação, parece claro que o Estado está aberto à sua realização, uma vez que o controle social e a participação na gestão pública do SUS estão previstos em legislação que orientam as ações do sistema.

Com efeito, o campo da análise de políticas públicas desenvolveu um método que se popularizou com o nome de “ciclo de política”. O ciclo de política baseia-se “na desagregação do processo de uma política em fases ou estágios” (VIANA, BAPTISTA, 2012, p.64). Harold Laswell (1965) foi o pioneiro no uso do método que sofreu variações ao longo do tempo. Nada obstante, no início, o ciclo era dividido em sete estágios que compreendiam desde a promoção da ideia de como solucionar a questão, até a própria solução do problema, mas sempre com foco na esfera governamental.

Em 1974, Gary Brewer (*apud* VIANA, BAPTISTA, 2012, p.64-65) pontuou que as políticas não possuíam um ciclo pré-definido ou mesmo linear; ocorrendo, quase sempre, modificações em seu corpo, de modo que Brewer propôs a ideia de um ciclo contínuo que contava com uma fase prévia ao debate governamental, a fase de reconhecimento do problema. Dessa maneira, para Brewer, haveriam 6 (seis) fases: invenção, estimativa, seleção, implementação, avaliação e término.

Na década de 1970, vários outros autores procuraram incrementar esses estudos, focando essencialmente em perscrutar as características das agências formuladoras de política, dos atores participantes do processo, das relações entre as agências e os atores, bem como das variáveis externas que possuem influência no processo (VIANA, BAPTISTA, 2012, p.65).

Já nos anos de 1990, HOWLETT e RAMESH (1995) condensaram as fases do ciclo em cinco etapas: (1) formulação da agenda (que corresponde à fase de reconhecimento do problema), (2) formulação da política (definição de propostas de solução), (3) tomada de decisão (quando ocorre a escolha de uma solução), (4) implementação (colocar a solução em andamento) e (5) avaliação (monitoramento dos resultados). Cada uma dessas fases envolverá processos próprios, redes distintas de atores, sofrendo níveis variados de influência do contexto político geral. Sem embargo, ainda que essas fases possam apresentar atores e circunstâncias distintas, estarão em constante codependência e negociação. Sendo essa a construção utilizada por nós nessa pesquisa, muito embora nossa análise condense a fase de tomada de decisão nas fases de formulação e implementação.

Sobre as fases do ciclo de políticas, valem mais algumas palavras. No ciclo de política, a primeira fase é o reconhecimento do problema com sua entrada na agenda. O reconhecimento do problema é o primeiro passo para o desenvolvimento da política. Essa identificação advém, geralmente, dos *inputs* como “demandas políticas e sociais, necessidades identificadas, juízos de valor sobre certa realidade e compromissos políticos assumidos” (HAM, HILL, 1993, p. 16-22). Dessa maneira, cotejando a literatura e os fatos sociais, um

problema ganha ares de prioridade com algumas circunstâncias: “quando mobiliza a ação política de grupos de interesse dotados de fortes recursos de poder; quando constitui uma ação de crise, calamidade ou catástrofe; ou quando representa uma situação de oportunidade” (VIANA, BAPTISTA, 2012, p.66).

A situação de oportunidade foi teorizada por John Kingdon (1984, 2014), que a denominou de “janela de oportunidade”. Para o autor, as circunstâncias sociais e políticas são determinantes para a possibilidade de um tema ganhar força para entrar na agenda governamental. É possível, portanto, que um tema seja identificado como relevante para o interesse público, mas não ter força para entrar nessa agenda de governo<sup>17</sup>. Quando o problema identificado entra na agenda e na dinâmica dos processos decisórios do governo, tem-se o primeiro momento do ciclo da política<sup>18</sup>.

O segundo passo do ciclo da política é a formulação da política propriamente dita. São formuladas, geralmente, dentro da burocracia governamental, a partir dos consensos estabelecidos pelos mecanismos de participação e nas demais arenas de decisão e consenso – Constituição, legislação, planos de governo, propostas de grupos de pressão e movimentos sociais - as propostas de solução, havendo o diálogo entre intenção e ação. Ocorrerá a investigação do problema e a busca por alternativas de modos de resolver a demanda apresentada. Isto é, o momento em que se definem o objetivo da política, como o programa será desenvolvido e executado com as linhas de ação, buscando detalhar as alternativas a partir da definição da agenda. As idéias são organizadas, os recursos são alocados, sendo possível recorrer a especialistas para estabelecer melhores formas de alcançar os objetivos através do desenho de estratégias ou produção de materiais (o PoloSUS recorreu a especialistas sobre os grupos vulneráveis abarcados pela agenda do projeto visando a elaboração de relatórios setoriais, por exemplo). Nesse ponto, tanto a burocracia governamental quanto os atores parceiros criam suas próprias propostas, que serão defendidas e, sendo aprovadas, executadas a partir da tomada de decisão e da implementação propriamente dita.

---

<sup>17</sup> Kingdon (1984) aponta 3 (três) tipos de agenda considerando o processo político: a) a agenda sistêmica ou não governamental: correspondente à lista de assuntos e problemas do país, colocados na sociedade, mas que não despertaram, por alguma razão, os interesses do governo e dos formuladores de política em dado momento; que estão aguardando, portanto, uma janela de oportunidade e disputam espaço com outras políticas para entrar na agenda. b) a agenda institucional ou governamental – são os problemas que estão na visão do governo, mas que ainda não foram formulados; c) agenda decisória ou política – corresponde às demandas que estão sendo consideradas e tratadas nos processos decisórios.

<sup>18</sup> Lado outro, a não-inclusão (aqui, a importância da não-decisão) de assuntos na agenda podem denotar algumas questões como “uma base de apoio insuficiente para manutenção do assunto na agenda; em função de políticas mal formuladas; devido a uma política governamental deliberada de enfraquecimento e extinção daquele problema; e também devido a alteração da natureza do problema” (VIANA, BAPTISTA, 2012, p.66).

Em seguida, passa-se para a fase da escolha de soluções ou tomada de decisão. É “o processo de escolha, pelo governo, de uma solução específica ou uma combinação de soluções, em um dado curso de ação ou não-ação; é o momento em que se desenham as metas a serem atingidas, os recursos a serem utilizados e o horizonte temporal de intervenção” (VIANA, BAPTISTA, 2012, p. 76). A tomada de decisão aliada à formulação da política são importantes fases do ciclo por denotarem os valores e diretrizes eleitos pelo governo central, que está inserido em determinado contexto social, político e econômico. Ainda que as informações de entrada possam influenciar, o desenho institucional funciona mediando o nível de discricionariedade dos formuladores da política, que precisam respeitar as regras formais e os recursos materiais disponíveis no e pelo governo.

Ao passar por essas três primeiras fases, a pesquisa pretende perquirir como as alternativas políticas foram construídas e como determinada solução foi escolhida dentre as demais alternativas. É preciso assinalar que nem todas as decisões relevantes são tomadas nesses momentos, pois muitas decisões demandarão negociações, conflitos e compromissos com atores de grupos antagônicos ou, até mesmo, revisão de rumos, resolução de demandas imediatas ou repactuação frente ao órgão governamental. Outras decisões, por exemplo, podem apenas ser tomadas quando todos os fatos estão à disposição dos implementadores (muitas vezes, na fase de implementação depara-se com a ausência de informações sobre os processos envolvidos); além disso, não há o conhecimento total sobre o impacto efetivo das propostas (VIANA, BAPTISTA, 2012, p. 68).

Muitas decisões são adiadas, portanto, para a fase de implementação. A fase de implementação é o momento ou conjunto de momentos em que se coloca determinada solução em prática. Estão envolvidos o sistema gerencial e decisório, as informações, os agentes implementadores, os recursos materiais e financeiros e etc.(VIANA, BAPTISTA, 2012, p.68). Não se cuida, vale pontuar, apenas de uma fase administrativa, já que envolve estratégias, políticas, interesses e uma multiplicidade de atores. Trata-se de momento especial do ciclo, uma vez que as decisões e estratégias demarcadas nas fases anteriores poderão sofrer sensíveis modificações, devendo haver o cuidado para que o argumento nuclear da própria política não sofra abalo. A implementação pode ser a fase em que os impasses e imprevistos apresentam suas cores, afinal a política pode até ser bem planejada, mas faltar expertise para a execução ou, ao contrário, a expertise estar garantida e presente, entretanto o órgão executor pode não contar com todos os recursos necessários para melhor implementação.

Nesse sentido, a literatura aponta:

[p]ara os autores, se o resultado da negociação no momento de formulação de uma política é o desenho de uma política ruim, com um diagnóstico impreciso e inconsistente da realidade política e institucional, a chance de implementação dessa política é pequena. Portanto, se a política é ‘boa’, mas a perspectiva de execução é ruim, pela falta de capacidade técnica ou falta de recursos, também existirão problemas na implementação (VIANA, BAPTISTA, 2012, p. 69).

Após a fase de implementação, há a fase de avaliação. Trata-se do monitoramento dos resultados pelo próprio governo ou por outra organização, para que se possa reconduzir o curso da política, se for o caso. Nessa fase, são comuns a pesquisa avaliativa e a avaliação propriamente dita.

A pesquisa avaliativa é realizada durante ou após a intervenção da política no plano fático, cuidando de analisar a pertinência da política ou projeto realizado, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos, o rendimento da intervenção, bem como analisar as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa. Deve ser realizada preferencialmente por pesquisadores externos ao projeto de intervenção (VIANA, BAPTISTA, 2012, p. 71) - é esse o caso desta pesquisa -, embora não haja argumentos impeditivos para que a análise avaliativa seja realizada pelas instituições executoras. Na verdade, é até recomendável que as avaliações aconteçam ao longo da execução das atividades dos ciclos, a fim de que a equipe implementadora possa perceber eventuais falhas ou pontos que podem ser aperfeiçoados, sendo um momento instrumental de aprendizado importante.

A avaliação propriamente dita é, por seu turno, a atividade de julgar a intervenção, tendo em vista os recursos empregados e a organização (avaliação estrutural), os bens produzidos e serviços gerados (avaliação do processo) e os resultados obtidos (avaliação de impacto), a partir de determinados critérios e normas. Inclui-se na avaliação, ainda, a análise do desempenho e dos resultados. Em projetos como o PoloSUS que possuía a perspectiva de continuidade, trata-se de uma dimensão importante, visto que a partir das avaliações, é possível sedimentar aprendizado para repetições e aperfeiçoamentos das estratégias escolhidas para a execução.

## 1.6. A posição como pesquisador e as dimensões de análise

Assumindo a posição de um “avaliador acadêmico”, o analista deve se colocar fora do mundo do dia a dia de modo a poder julgar as questões imbricadas no ciclo da formulação e realização da política (OEI, 2002). Em tese, seriam três os níveis de análise do projeto que contribui para a execução da política pública: institucional, do processo de decisão, das relações entre Estado e sociedade.

Segundo o Manual da Organização dos Estados Iberoamericanos, os níveis podem ser melhor explicitados como:

1. do funcionamento da estrutura administrativa (funcional). É o nível superficial das ligações e redes intra e inter agências, determinadas por fluxos de recursos e de autoridade etc., em que a análise está centrada no processo de decisão no interior das organizações e nas relações entre elas. É o que se pode denominar nível de aparência ou superficial.
2. do processo de decisão. É o nível, em que se manifestam os interesses presentes no âmbito da estrutura administrativa, isto é, dos grupos políticos presentes no seu interior e que influenciam no conteúdo das decisões tomadas. Dado que os grupos existentes no interior de uma instituição respondem a demandas de outros grupos externos, situados em outras instituições públicas e em organizações privadas, as características e o funcionamento da mesma não podem ser adequadamente entendidos a não ser em função das relações de poder que se manifestam entre esses grupos. É o que se pode denominar nível dos interesses dos atores.
3. das relações entre Estado e sociedade. É o nível da estrutura de poder e das regras de sua formação(...). (OEI,2002)

A partir dessas noções, pesquisa pretende estudar o caso do Projeto PoloSUS lançando mão do diálogo entre a teoria apresentada sobre os ciclos da análise das políticas e determinadas dimensões de análise e questões guia, como por exemplo:

A. A origem da parceria e desenho da política: como se deu o encontro das agendas da UFJF e da SGEP? Tratou-se de uma dinâmica *top-down* ou *bottom-up*? Como se estabeleceu e funcionou a relação entre as coordenadoras da UFJF e os servidores de Brasília no desenho e na gestão do projeto?

B. O processo de elaboração do Projeto: quais foram as vantagens e desvantagens da parceria entre o Ministério da Saúde e a Universidade Federal de Juiz de Fora? Quais os elementos que facilitaram e quais dificultaram essa parceria? A Universidade Federal de Juiz de Fora possuía capilaridade no território e *expertise* para realizar o Projeto?

C. Levantamento dos desafios de gestão e implementação do Projeto e como esses possíveis desafios podem ter afetado os resultados: como funcionava e quão intensa foi a comunicação entre a Coordenação do Projeto, representando a UFJF, e a SGEP? Como era estabelecida a comunicação entre as coordenadoras do Projeto e os parceiros locais? Qual foi

o método utilizado para definir os conteúdos das capacitações? Após os diagnósticos e capacitações, as informações foram disponibilizadas? Foi realizado o objetivo de construir a plataforma virtual? Como se deu a relação da equipe com os membros participantes que faziam parte dos grupos vulneráveis abrangidos pelo Projeto?

D. Avaliação do Projeto. O Projeto foi avaliado e monitorado? Quais foram os mecanismos e estratégias empregados neste monitoramento e nesta avaliação?

E. Avaliar o alcance dos resultados a partir de diferentes pontos de vista; como por exemplo, servidores da SGEP, coordenadoras da UFJF, secretária executiva, equipe técnica, facilitadores, bolsistas e, principalmente, público-alvo. Interessa perscrutar os vários discursos a partir de seus interesses.

A nossa posição é, portanto, de sermos os “técnicos”<sup>19</sup>. O técnico é o analista acadêmico interessado e preocupado com a burocracia, que concentra a análise nas orientações e resultados da política. Deste modo, sobressai a análise das determinações da política (predominando a postura normativa). Defender essa posição técnica não-engajada é tão determinante quanto difícil<sup>20</sup>. Essa posição não-engajada, acadêmica, é válida por possibilitar uma análise mais rigorosa a partir da isenção. Essa isenção, entretanto, não deve impossibilitar o cumprimento do objetivo normativo maior, que deve ser a evolução/melhoria do processo político. Nem sempre essa perspectiva terá direta identificação com aqueles que controlam o processo político (essa é, inclusive, uma das questões que a pesquisa pretende investigar, isto é, se os gestores públicos governamentais participaram das capacitações e com quais posicionamentos e intenções). A mudança de um *status quo*, se necessária, tem por requisito o seu correto entendimento.

## 1.7. Caminhos metodológicos e técnicas de pesquisa

Quanto a metodologia, a Pesquisa se valeu dos documentos, cadernos de campo e relatórios produzidos pela equipe executora do projeto, bem como das entrevistas realizadas

---

19 Como aponta o Manual de Análise de Política da Organização de Estados Iberoamericanos (OEI,2002), são possíveis três “posturas” do analista de políticas: o técnico, o político e o empreendedor. O técnico está em discussão nas linhas do texto. O político é o interessado na análise de políticas públicas na medida, e apenas na medida, que aumenta a possibilidade de sua influência política. O empreendedor é o interessado na análise política para influenciar as arenas de formulação da política.

20 No Projeto proposto para o início da pesquisa, por exemplo, mantive expectativas altas e muito além do que o PoloSUS se propunha. Como aparece em meu capítulo de Introdução, a minha trajetória e interesse pelo tema da democracia e direitos fundamentais também “atrai” uma carga de otimismo que foi preciso “domar” na análise que seguirá.

com membros da SGEP, servidores e coordenadoras da UFJF, equipe técnica, facilitadores, usuários, uma vez que quando iniciados os trabalhos de investigação, o Projeto já fora finalizado.

As entrevistas foram realizadas presencialmente e também através de questionários aplicados *on-line*, focalizando questões que buscassem auxiliar no deslinde dos problemas de pesquisa, a partir dos vetores e dimensões colocados anteriormente. Buscou-se analisar como o PoloSUS funcionou em relação aos acontecimentos e se conseguiu contribuir para a aquisição de habilidades, competências e conhecimentos sobre a gestão social participativa, a partir dos incentivos, realizações, desafios e dilemas do projeto.

Buscando diversificar os pontos de vista da coleta de dados, foi enviado um questionário às coordenadoras do Projeto buscando aferir questões sobre como foi o convite para coordenar o Projeto, em que medida a *expertise* profissional detida por elas auxiliou na execução dos objetivos, se houve suporte da UFJF, como delimitaram a aplicação do Diagnóstico Participativo, como foram formados os conteúdos das capacitações, quais critérios foram utilizados na determinação das cidades-polo, qual a visão da coordenação sobre o desempenho em lidar com a agenda da SGEP, qual a avaliação da coordenação sobre o desempenho da equipe técnica, quais os critérios utilizados na avaliação e qual seria o incremento que proporião caso coordenassem um projeto similar no futuro.

Através de entrevistas semi-estruturadas ao longo de praticamente todo o período de pesquisa, a Secretária Executiva do Projeto PoloSUS, Astrid Cosac, concedeu informações primorosas que ajudaram na construção das análises, bem como possibilitou acesso amplo aos dados e materiais produzidos, não se furtando a responder dúvidas pontuais também via e-mail<sup>21</sup>.

Os técnicos do Ministério da Saúde que acompanharam o Projeto, Kátia Souto e Fernando Eliotério, passaram informações através de troca de e-mails e resposta ao questionário *on-line*. Fernando Eliotério proporcionou, ainda, uma entrevista pessoal. Aos técnicos, o questionário buscou aferir como foi a interlocução entre a SGEP e a UFJF, principalmente em relação aos recursos disponíveis, as interlocuções durante a execução do Projeto; bem como buscou compreender os critérios utilizados para a realização de parcerias similares ao PoloSUS e os incentivos para essas formalizações. Por fim, questionamos qual foi a avaliação da SGEP/Ministério da Saúde sobre o Projeto e quais as razões decisivas para,

---

<sup>21</sup> Sou extremamente grato à Astrid por todo o apoio ao longo da jornada.

até o momento do fechamento desta pesquisa, a perspectiva de continuidade do projeto não ter se efetivado.

Também foi enviado um roteiro com questões *on-line*, aos facilitadores, em que se buscou compreender as dinâmicas e processos do Projeto. Foram realizadas também entrevistas com alguns participantes dos diagnósticos participativos com o objetivo de somar às considerações registradas com a avaliação sistematizada pela equipe gestora nos relatórios parciais e finais. Bolsistas do projeto também foram solícitos nas respostas e seus cadernos de campo foram utilizados para detalhar situações que apareceram durante os diagnósticos e capacitações.

Dessa maneira, as técnicas de análise são: análise documental, entrevistas semiestruturadas e entrevistas estruturadas.

A análise documental recaiu sobre o farto material produzido durante o Projeto PoloSUS: listas de presença, fichas de avaliação preenchidas pelos participantes, e-mails enviados pelos facilitadores, cartilhas do Ministério da Saúde e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, PowerPoints utilizados nos diagnósticos e nas capacitações, murais construídos pelos participantes no diagnóstico, os relatórios setoriais destes diagnósticos, os relatórios da equipe técnica e coordenadoras, peças de divulgação, etc.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os gestores de Brasília e na UFJF, facilitadores, equipe técnica, bolsistas, parceiros locais nos municípios, participantes, como pontuado acima. Infelizmente, nem sempre tivemos a resposta esperada, principalmente por parte do Ministério da Saúde, após a troca de governo advinda do *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff.

Dessa forma, nosso trabalho é subdividido da seguinte maneira: o capítulo 2 está dedicado a contextualizar a formulação da macropolítica do Sistema de Saúde brasileiro, apresentando sua criação, as normativas constitucionais e infraconstitucionais que o regulam.

Os capítulos 3 e 4 são dedicados a relatar e analisar os resultados da investigação. Essencialmente, o capítulo 3 é dedicado a analisar a definição da agenda, a formulação do projeto e o início de sua implementação. O capítulo 4 contém as análises da continuação da implementação, a avaliação e enfrentamento dos fatores facilitadores, dos fatores dificultadores e demais dilemas enfrentados para a realização do Projeto, apontando, ao final, possíveis continuidades de parcerias como essas realizadas entre a SGEP e a UFJF.

## **CAPÍTULO 2 – A FORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO E O FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL COM EQUIDADE: FORMAÇÃO, DESENHO INSTITUCIONAL E PRINCÍPIOS**

### **Introdução**

Este capítulo é dedicado a apresentar a formação do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)<sup>22</sup>, registrando, ainda que de forma sucinta, a história de sua conformação, pontuando os principais debates e forças políticas mais importantes que levaram à construção de seus princípios e de seu desenho institucional.

Para a organização deste capítulo, nos apoiamos nas considerações de Telma Menicucci (2007), que afirma que a formação do Sistema de Saúde brasileiro se valeu da combinação entre o fortalecimento das forças políticas e sociais – principalmente a partir da década de 1960 -, o momento político da redemocratização no fim dos anos de 1980 e início dos anos de 1990, principalmente com o impulso popular da Assembleia Constituinte de 1986-1988.

Desta maneira, a primeira seção cuida de estabelecer a noção (neo)institucionalista da dependência de trajetória, momento em que nos valem de concepções teóricas que possibilitarão as bases para discutir a importância dos caminhos ou cursos de ação na consolidação das políticas de Estado e das políticas públicas que derivam delas. A sequência seção é dedicada a destacar como era o cenário prévio à constituição do Sistema Único de Saúde, bem como quais foram as forças e como atuaram no desenho institucional do sistema.

A segunda seção estabelece e explica os princípios e diretrizes norteadores que orientam e conduzem a execução da política pública de saúde. Objetiva-se apresentar o desenho institucional, as instituições do sistema, suas potencialidades e dificuldades.

A terceira seção apresenta como é o encaixe do Projeto POLO SUS na política brasileira de saúde, principalmente a partir do viés de uma democracia participativa instituída dentro do Ministério da Saúde, derivada, acreditamos, do modo de pensar a política de saúde entre 2003 e 2015, que deságua em políticas como o ParticipaSUS.

---

<sup>22</sup> Deste ponto em diante, preferencialmente utilizaremos a sigla “SUS” para designar o Sistema Único de Saúde brasileiro.

## **2.1. A formação do sistema único de saúde no brasil**

### **2.1.1. O prisma do neoinstitucionalismo a partir da história como lente para entender o sistema construído**

Essa subseção tem como fio condutor a noção teórica do neoinstitucionalismo, de modo que a narrativa explicativa, no caso, da formação histórica e institucional do Sistema de Saúde brasileiro possui como premissa o entendimento de que a forma de organização da vida política possui influência direta sobre a realização da política. A maneira de organizar as instituições é um importante vetor de interpretação e de planejamento de ações por parte das pessoas e atores sociais; as instituições políticas ganham relevância, uma vez que deixem de ser “apenas” arenas, sendo também consideradas como moldes de ações para os atores políticos, distribuindo poder e relevância no jogo institucional e político, por darem corpo e feição a um conjunto de estruturas e procedimentos que condicionam e apontam interesses (MENICUCCI, 2007, p.21). Com efeito, a perspectiva neoinstitucionalista considera que as escolhas sociais são, em larga escala, mediadas, modeladas e conduzidas pelos arranjos institucionais.

Compreende-se o conceito de “instituições” como “regras do jogo ou como limites que estruturam a interação humana” (MENICUCCI, 2007, p.25; IMMERGUT, 1996). Conforme aponta Menicucci, nessa perspectiva teórica, as preferências, gostos e resultados gerados pela maneira de realizar a política são também traduzidos pelos incentivos dados pelas possibilidades institucionais, que são ou podem ser moldadas pelas experiências políticas ou por instâncias/instituições políticas de relativa autonomia. Essas mesmas instituições políticas podem interferir na distribuição de recursos, funcionando como vetores relevantes na definição das regras do jogo; percebe-se, portanto, que o sistema político não é completamente dependente da sociedade, há uma relação intercambiável de preferências e determinações. Em outras palavras, se as instituições políticas possuem autonomia para serem arenas e condutoras do jogo da política, também sofrem a ação “de resposta” e de (re)modelação dos atores sociais que atuam nesse jogo.

Seguindo por este caminho, três fatores serão importantes para o desenho institucional final: a contingência histórica, as respostas às políticas construídas e suas regras e as forças sociais existentes quando da execução e/ou modelação da política pública (MENICUCCI, 2007; IMMERGUT, 1996). Ao reconstruir, ainda que de maneira sucinta, o caminho da atual

conformação do SUS, o objetivo é verificar como a configuração institucional pode modelar as inter-relações e estratégias políticas, assim como pode estruturar as relações de poder entre forças sociais, de maneira a influenciar nos resultados (IMMERGUT, 1996). Esse ponto de partida leva a outra premissa institucional importante: o Estado não é visto como um agente neutro; antes, se constitui como um complexo de instituições que possui capacidade de estruturação do caráter e dos resultados dos conflitos entre grupos de interesses (MENICUCCI, 2007, p.22).

Com efeito, as políticas contribuem para a formação dos objetivos e preferências dos *players* do jogo institucional, além de conduzirem a estruturação das regras do jogo; assim, quando estabelecidas tendem a limitar as possibilidades de reformas, acabando por “trancar” determinadas fórmulas, comportamentos e direcionando trajetórias (MENICUCCI, 2007, p.23). Esse cenário ficará mais claro quando for apresentada a maneira como a política de Saúde foi constitucionalizada. Pode-se adiantar que o mecanismo de alteração constitucional por emenda, com um procedimento que requer uma movimentação política relevante – o quórum para aprovação de uma emenda à constituição, no Brasil, é de 3/5 dos membros de cada casa congressual, que devem aprovar a proposta por dois turnos, conforme disciplinado no artigo 60 da Constituição Federal de 1988 -, aliado ao entendimento de que determinados direitos são imodificáveis – quando assumem o caráter de cláusula pétrea -, pode se traduzir em um importante indicativo da trajetória a ser seguida pelos atores que atuam na política brasileira de saúde.

Tal dinâmica fica mais clara pós-1988, notadamente a partir da Constituição Federal brasileira vigente. Como dito, as reformas políticas são conduzidas por fatores que também podem ser alheios ou exteriores à própria política. Por exemplo, a atual conformação se valeu fundamentalmente do momento histórico do fim da década de 1980, notadamente do contexto de redemocratização, que possibilitou a emergência de novos atores com propostas alternativas ao que vinha sendo praticado no país, levando à proposta vencedora de um sistema público de saúde para o Brasil. Nada obstante, a proposta vencedora ainda manteve resquícios do modelo praticado anteriormente.

Elegeram-se o conceito de instituição como regras do jogo que condicionam interações no plano institucional e também social entre humanos; desta maneira, a maneira de construir e realizar a política pública também é uma importante instituição. Isso significa que as formas como as principais políticas de Estado são constitucionalizadas e disciplinadas legalmente constituem regras do jogo relevantes, influenciando a distribuição de recursos e a planificação

econômico-política de determinada sociedade (MENICUCCI, 2007; HACKER, 1998). Efeito semelhante pode ser gerado por políticas públicas fortemente enraizadas pela prática ou por normas oficiais, como parece ser o caso da centralidade da participação popular no Sistema de Saúde plasmada na existência, por exemplo, dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde nas três esferas de governo, que estão detalhados nas Leis 8080/1990 e 8142/1990. Ainda é Telma Menicucci quem explicita a importância da análise de políticas públicas pelo olhar institucionalista aliado a consequências políticas e sociais da modelagem institucional:

Por um lado, as políticas públicas, em grande medida, costumam levar à constituição de instituições para viabilizar sua implementação, entendendo-se instituições tanto como organizações formais quanto como regras que estruturam comportamento; por outro, elas próprias podem ser vistas como tendo os mesmos efeitos de estruturas institucionais, na medida em que provocam constrangimentos ao comportamento dos atores políticos e às decisões que podem ser tomadas relativamente a bens públicos, ou seja, para a elaboração ou reforma de políticas públicas. Daí que o exame das consequências políticas das políticas públicas é uma extensão lógica dos argumentos do novo institucionalismo utilizados para a análise de instituições formais, e o *feedback* das políticas se constitui em favor de ordem institucional bastante potente para a compreensão de políticas públicas (MENICUCCI, 2007, p.25; itálico no original).

Durante a análise do caminho histórico institucionalista, depara-se com os conceitos e cenários de *policyfeedback*, da dependência de trajetória, aprendizagem e efeitos de *lock-in*. O trabalho lança mão do entendimento de que as realizações institucionais de outrora, inclusive os da política de saúde, podem explicar o desenvolvimento futuro da política pública. No caso brasileiro, é dizer que as experiências constituídas a partir do início do século XX e as coalizões sociais geradas ajudam a explicar e compreender o sistema construído durante a Assembleia Nacional Constituinte e, posteriormente, a implementação da política de saúde. Disso decorre que as políticas centrais de Estado fortemente constitucionalizadas e detalhadamente disciplinadas no plano infraconstitucional – como saúde e educação –, podem gerar políticas públicas que podem funcionar como se fossem instituições, não apenas sendo variáveis dependentes, quando resultado das forças políticas; sendo que também atuam como variáveis independentes, na medida em que podem ser causa explicativa da implementação da política em análise, ao condicionarem as propostas de reforma da própria política ou guiarem a trajetória futura da implementação. Esse cenário pode ficar mais claro se for imaginada uma proposta em que se privatize todo o sistema de saúde brasileiro; dificilmente uma proposta reformadora como essa passaria pelo Congresso Nacional sem alguma resistência popular.

O chamado efeito de *lock-in* aparece claramente em nosso sistema institucional quando olhamos para a dinâmica das reformas constitucionais, seus requisitos, procedimentos

e consequências, uma vez que há um pesado ônus que encoraja determinadas ações e bloqueia outras. Para além disso, a maneira de praticar a política de saúde pretérita deixou marcas com a sedimentação de grupos particulares, de bandeira privatista, com força política bastante para influenciar no processo de criação e construção da política. Nada obstante, o cenário político e a formatação final da política de saúde constitucionalizada inibem, nos dias atuais, a formação de uma pressão totalmente voltada para o setor privado, pois esbarra em ditames constitucionais claros sobre o caráter público do sistema de saúde, além de termos estabelecido um ônus político bastante importante a ser combatido, como dito. Isso para afirmar que a repartição de recursos e informações extraída da formatação de políticas públicas também influencia na constituição, sedimentação e inovação das forças de interesse presentes na sociedade capazes de contribuir e/ou influir na implementação da política e em sua futura reforma, gerando os chamados efeitos de *feedback* (MENICUCCI,2007).

As premissas institucionalistas trazidas até aqui também se somam, como já transparece, às perspectivas históricas. Como afirma HACKER (1998), a dependência de trajetória (*path dependence*) pode auxiliar na explicação da construção e implementação da política analisada ao apontar a questão do *timing* e sequência de eventos como vetores importantes da análise. O caso brasileiro é um exemplo que pode ser correlacionado com a observação de Hacker, uma vez que as mudanças implementadas encontraram o tempo “certo” da contingência do processo de redemocratização e um espaço na agenda social favorável para a proposta alternativa da publicização do modelo de saúde. Hacker (1998) observará exatamente isso: que grandes consequências podem advir de momentos contingenciais e que cursos específicos de ação, a depender de sua sequência e aceitabilidade social, podem ser difíceis de serem revertidos<sup>23</sup>; por consequência, o desenvolvimento político e o estabelecimento da política são frequentemente pontuados por momentos críticos ou de conjuntura que moldam os contornos básicos da vida social.

Sobre as conjunturas, é importante termos em conta quais eram seus traços, a fim de compreendermos como as forças políticas podiam se movimentar, quais eram os incentivos e

---

<sup>23</sup> É preciso assinalar, nada obstante, que embora os cursos de ação possam ser difíceis de ser desviados, não são impossíveis de sê-lo. Pensando no caso do SUS, os grupos privados que atuam no país são um dos mais fortes do mercado, constituindo um grupo de pressão poderoso. Se não possuem possibilidade, no momento, para privatizar todo o sistema de saúde, a força financeira e política adquirida desde os anos de 1970 e 1980 lhes possibilita escapar de uma regulamentação rigorosa. Então, não é impossível pensar que podem esperar uma conjuntura favorável para pleitearem uma mudança nos cursos atuais de ação em que minem, ainda mais, o sistema público de saúde ou, no limite, emplaquem suas idéias de privatização do sistema. Sobre a possibilidade das quebras dos caminhos ou cursos de ação, ver CROUCH, FARREL (2004).

barreiras. HACKER (1998) estabelece três ondas conjunturais mundiais<sup>24</sup>. Segundo o autor, a partir de 1910, principalmente no período entre guerras, a política de assistência voltada para saúde possuiu como foco o seguro social que contemplava os assalariados, buscando compensar as perdas salariais decorrentes do tratamento de doenças. A segunda onda demarcada entre os anos de 1950 e 1965 ficou caracterizada pelo seguro social de saúde universal aliada às políticas macroeconômicas Keynesianas, com o foco da política recaindo no acesso à atenção geral dos cuidados médicos primários. A terceira onda, vivenciada no contexto do neoliberalismo forte, teve como grande mote a pressão econômica por cortes nos programas sociais existentes, inclusive os de saúde; também houve idêntica pressão por aumento de barreiras para a aprovação de novos programas de assistência social. Essas pressões foram possíveis graças ao ressurgimento de um nicho eleitoral conservador relevante; tal conjuntura direcionou a análise das políticas sobre saúde para os custos médicos.

Pode-se afirmar que a trajetória brasileira sofreu certo “atraso” em um primeiro momento – se tomada a tipologia de Hacker -, já que os assalariados teriam sua condição de trabalhadores vinculados à assistência à saúde apenas entre os anos de 1940 e os anos de 1960. A universalização constituinte da segunda onda de Hacker é praticada institucionalmente no Brasil apenas a partir da constitucionalização em 1988, já na contramão da terceira onda neoliberal pontuada pelo autor (MENICUCCI, 2007; PAPADÓPULOS, 2005), com a afirmação do direito universal à saúde, de maneira contra-hegemônica, contrariando os planos de organismos internacionais como Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial (SOUTO, OLIVEIRA, 2016, p. 205) .

### 2.1.2. O sistema único de saúde desenhado pela constituição federal e pelas leis 8080/1990 e 8142/1990

O Sistema Único de Saúde é fruto de um processo histórico, plural e suprapartidário, emergente a partir dos movimentos sociais dos anos de 1970 e 1980, mobilização das universidades e organizações dos usuários, dos gestores e dos trabalhadores da área de saúde, com especial marco na 8ª Conferência Nacional de Saúde, cheio de avanços, retrocessos e

---

<sup>24</sup> É de se assinalar a perspectiva “nortista”, já que os estudos de casos do autor recaem sobre Inglaterra, Estados Unidos e Canadá.

dilemas<sup>25</sup>, que passa a ter seu desenho institucional consolidado com o advento da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e as Leis 8.080 de 19 de Setembro de 1990 (BRASIL, 1990a) e a 8.142 de 28 de Dezembro de 1990 (1990b), que formam um importante tripé normativo para a garantia do direito à saúde.

As análises do texto constitucional e do processo para chegar até ele indicam as diferentes visões que estavam em disputa. Ainda que com resquícios privatistas no sistema de saúde, durante o processo constituinte, a pressão da sociedade civil e dos movimentos democráticos de esquerda, com destaque para o Movimento Sanitário como assinalado, conseguiu articular uma coalizão parlamentar suficientemente forte para introduzir a definição do sistema de saúde no texto constitucional. O Brasil seguiu, com a redemocratização e a promulgação da nova Constituição Federal, a onda que se estabelece nas “novas democracias” após a Segunda Guerra Mundial, isto é, estabeleceu uma carta extensa e pródiga em direitos fundamentais, constitucionalizando um Estado de Bem-Estar Social. Com a sedimentação da ideia de que as Constituições são normas superiores a todas as demais nos sistemas jurídicos (BARROSO, 2013, p. 4-5), o direito à saúde constitucionalizado passa a estar protegido, em tese, das maiorias eventuais e se torna um verdadeiro bem de mérito<sup>26</sup> (MUSGRAVE, 1957).

O insulamento do direito à saúde em relação às maiorias de ocasião é ainda mais evidente no caso brasileiro. O efeito de *lock-in* se manifesta no desenho institucional pátrio quando constatamos que a Constituição Federal brasileira é classificada como rígida por unanimidade da doutrina constitucional pátria<sup>27</sup>, dado a previsão de procedimento especial para sua alteração formal, que está inscrito no artigo 60 da Carta Constitucional (BRASIL, 1988). Essa rigidez é aumentada, sobretudo, pela norma do parágrafo quarto, inciso IV, do artigo 60, que prescreve a impossibilidade de emenda à constituição tendente a abolir direitos e garantias individuais<sup>28</sup> (BRASIL, 1988). Segundo Cláudio Pereira de Souza Neto e Daniel Sarmiento (2012), devemos pensar essa cláusula constitucional para além de sua literalidade. Em outras palavras, não devemos pensar apenas em termos de direitos de primeira dimensão,

---

<sup>25</sup> Para análises por diversos pontos de vista das “lutas” históricas referente à construção do SUS, ver, por exemplo, em SILVA (1996); ACURCIO (2000); FINKELMAN (2002); PAIM (2008); KOBORI (2008); GUIDIN(2012); CARVALHO (2013)

<sup>26</sup> “Bem de mérito” é aquele bem relevante para o desenvolvimento social, como é o caso da saúde. Não se trata, portanto, de ser um bem que o indivíduo “tenha que fazer por merecer”.

<sup>27</sup> Ver, por exemplo, MENDES, BRANCO (2017); SOUZA NETO, SARMENTO (2012), FERNANDES (2016)

<sup>28</sup> Art. 60(...).

§ 4º Não será objeto de deliberação a proposta de emenda tendente a abolir:

I - a forma federativa de Estado;

II - o voto direto, secreto, universal e periódico;

III - a separação dos Poderes;

IV - os direitos e garantias individuais (negrito nosso)

ou seja, os clássicos direitos individuais como vida, liberdade, igualdade e propriedade. Devemos, igualmente, abarcar nesta cláusula os direitos de segunda, terceira e quarta dimensões, dentre eles, o direito à saúde (classicamente considerado como direito de segunda dimensão).

A Constituição Federal Brasileira consolidou a Saúde como direito social fundamental em seu artigo 6<sup>o</sup><sup>29</sup> e estabeleceu suas características nos artigos 196 a 200 (BRASIL,1988), encaixando-a dentro do sistema de Seguridade Social, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde).

O conteúdo do capítulo destinado ao sistema de saúde demonstra a preocupação com o bem-estar e a igualdade em termos de equidade. É importante assinalar que o capítulo destinado à saúde encontra-se dentro da seção da Seguridade Social. A Seguridade Social é compreendida como modalidade de intervenção do Estado na seara social, marcadamente utilizada em vários países no pós-guerra, com característica de distribuição de ações, benefícios e serviços a todos os cidadãos, abrangendo a previdência, assistência social, saúde, educação e outros direitos sociais (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 366).

O Brasil registra constitucionalmente sua opção pela Seguridade Social com o artigo 194, que afirma a Seguridade como “um conjunto de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). Constitucionalmente, a opção brasileira foi pela lógica universalista, equitativa, financiada por diversificadas fontes de receitas de impostos e contribuições sociais, bem como pelos orçamentos da União, Estados e dos Municípios.

O sistema de saúde brasileiro torna-se, a partir de 1988, garantido universalmente pelo texto constitucional. Torna-se, portanto, um verdadeiro direito de cidadania, sem que seja necessária alguma contrapartida para a utilização do serviço público, adotando-se o conceito ampliado de saúde formulado na 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (SCOREL, 2012, p. 359; NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 366). Todo cidadão e toda cidadã brasileira/o passa a ter acesso irrestrito e igualitário, sendo dever do Estado realizar tal desiderato. Estabelece-se, então, um compromisso político e social do Estado de formular e implementar

---

<sup>29</sup>A redação do dispositivo está assim: “Art. 6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988). O artigo em questão é o primeiro do Capítulo II (Direitos sociais), que está incluído no bojo do Título II (Direitos e Garantias Fundamentais); por essa razão, podemos considerar o direito à saúde como um direito social e como um direito fundamental; essa consideração também aparece de forma literal no artigo 2º da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990b).

políticas econômicas e sociais que tenham por finalidade melhorar as condições de vida e saúde dos diversos grupos da população.

O texto constitucional marca o caráter descentralizado do Sistema de Saúde que, embora único, terá na coordenação federativa uma liderança gestora em cada ente federativo. Desse modo, o pacto federativo atuará não somente no custeamento, como também na gestão. Ao aprofundarmos o estudo sobre a descentralização, veremos que o município passa a ter protagonismo na construção do modelo de atenção do SUS, sendo o espaço municipal dotado de potencialidade para capilarizar, com alta intensidade, redes de participação. Isso pode justificar a atenção dada pelo Projeto PoloSUS nas capacitações em contato direto com as realidades dos municípios abarcados por sua proposta.

Aparece com importância o apontamento do inciso III do artigo 198 (BRASIL, 1988) sobre a participação da comunidade, que seria sedimentada legalmente com as legislações de 1990, embora seja uma idéia gestada desde os anos de 1980, ainda não foi amplamente implementada. O PoloSUS buscou ser mais um projeto que auxiliasse na qualificação dessa participação.

Constitucionalizar o direito à saúde, portanto, é tornar a saúde uma política de Estado, que se aproxima definitivamente do marco do Estado de Bem-Estar Social, a partir da previsão de sua universalidade enquanto prestador e garantidor de serviços públicos em saúde. Por meio deste desenho institucional e dessas normas, foi criado o Sistema Único de Saúde, regido principalmente pelos princípios da equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Ao longo do ano de 1989, as disputas e negociações se voltaram para a lei complementar que regulamentaria as bases de funcionamento do SUS. As manifestações colhidas em seminários nacionais como o dos secretários municipais e do II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva demonstravam o receio de que a demora em regulamentar o Sistema pudesse facilitar retrocessos em relação ao projeto constitucional. Anote-se que a conjuntura econômica e fiscal era instável, com a ideologia neoliberal sendo propagada como salvação dos problemas de hiperinflação e explosão das contas públicas. Além disso, o parlamento eleito continha muitos representantes das forças privatizantes, isto é, representantes dos interesses dos donos das faculdades particulares de medicina e dos empresários do setor de serviços médicos (ACURCIO, 2000; ESCOREL, 2012, p. 360). Nada obstante, a Plenária Nacional de Saúde tomou novamente a frente dos debates, conduzindo a promulgação das Leis 8.080 e 8.142, em 1990.

Após os debates, o desenho institucional proposto constitucionalmente e pela promulgação das legislações citadas acaba por formalizar o Sistema Único de Saúde (SUS) como um modelo público de ações e serviços. Na Constituição de 1988 não está claro o conceito ampliado de saúde que foi construído ao longo da história de debates e lutas sociais, sendo necessário buscar nas normatizações infraconstitucionais e em outras referências a compreensão sobre o que significa o termo. Tal conceito busca denotar as questões discutidas no marco da VIII Conferência Nacional de Saúde e no grupo de trabalho da assembléia constituinte, isto é, a compreensão da saúde como conjunto de múltiplos determinantes, como educação, alimentação, trabalho, alimentação, acesso aos serviços de saúde e etc, com olhar voltado para a prevenção, com integralidade, universalidade e equidade, diferindo do modelo anterior, que era marcado por um sistema fragmentado, assistencialista, baseado no modelo de cura, dominado pelos profissionais de saúde, sem contar com a participação social (DALMOLIN, et al, 2011, p. 392).

Tal compreensão de saúde ampliada aparece de maneira expressa no artigo 3º da Lei 8080/1990, quando é afirmado que os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, sendo a saúde determinada e condicionada, dentre outros, pela alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Deste modo, a saúde em seu conceito ampliado é garantida mediante políticas sociais e econômicas de maneira abrangente que reduzam os riscos de doença e outras doenças, que permitam o acesso universal e equitativo aos serviços e ações para promoção, recuperação e proteção da saúde.

Portanto, aparece com importância os determinantes sociais da saúde, que são um importante vetor de averiguação sobre a eficiência do SUS (QUEVEDO, et.al, 2017, p. 824), demandando políticas e ações voltadas para grupos considerados em situação de vulnerabilidade que, inclusive, foram cuidadosamente considerados no Projeto PoloSUS, objeto desta dissertação. Visto o artigo 3º da Lei 8080/1990, percebe-se que os determinantes e condicionantes sociais denotam a preocupação não “somente” com a saúde física, mas também com a saúde mental, emocional, ambiental e social, isto é, para além da ausência de doenças. Os determinantes sociais da saúde são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham<sup>30</sup>, sendo certo que neste conjunto de determinantes estão incluídos os biológicos

---

<sup>30</sup> Definição retirada do Portal da Educação. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/medicina/fatores-determinantes-e-condicionantes-da-saude/55634>>. Acesso em 22 de janeiro de 2018.

como idade, sexo, características genéticas; os do meio físico como os traços característicos da geografia local, a ocupação desenvolvida no trabalho, disponibilidade de alimentação, condições de habitação e fontes de água para consumo. Como também anotado, o meio socioeconômico e cultural influencia, sobretudo os níveis de ocupação e renda, o acesso à educação formal, ao lazer, liberdades, saberes e práticas cotidianas, acesso aos serviços de prevenção e tratamento de saúde.

Nesta esteira, como visto, o tripé do desenho institucional brasileiro é “terminado” com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 – e sua complementação: a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que exercem influência relevante no planejamento e funcionamento do SUS. Com o tempo, os entes governamentais tiveram seus papéis reconfigurados para prestarem os serviços de saúde e atuarem na gestão do sistema; também foram adotados novos modos e critérios de transferência de recursos financeiros vinculados à saúde; foram criadas e aperfeiçoadas as instâncias de integração, negociação e decisão, com participação dos usuários, prestadores de serviços, profissionais da saúde e gestores (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012).

A partir disso, o SUS, compreendido como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, através da estrutura direta ou indireta da administração pública e das fundações mantidas pelo Poder Público deve realizar, nesta definição ampliada de saúde, as atividades dirigidas às pessoas, tanto no aspecto individual quanto no coletivo, voltadas para a prevenção e promoção da saúde, bem como diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças; serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico administrados pelos governos, independentemente do nível federativo, assim como em outros espaços, especialmente no domiciliar; também as ações de complexidades e custos distintos, englobando e variando entre aplicações de vacinas e consultas médicas básicas até cirurgias mais complexas, como as cardiovasculares e transplantes; também estão incluídas as intervenções ambientais em sentido amplo, como as condições sanitárias dos lugares em que se vive e se trabalha, o controle de vetores e hospedeiros de doenças, a sistematização da operação do saneamento ambiental e, ainda, as instituições públicas voltadas para o controle da qualidade, pesquisa e produção de insumos, sangue, hemoderivados, medicamentos e equipamentos para a saúde (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 367).

Ainda sobre a configuração do sistema, estabeleceu-se, ainda, que na eventual situação do SUS não dispor de todos os recursos necessários para a cobertura assistencial à população,

poderá recorrer à iniciativa privada. A atuação da iniciativa privada acontece de maneira complementar, através de convênios e contratos, respeitando as normas de direito público e as regulamentações expedidas no âmbito do SUS, quanto às condições de exercício e controle. Assim, o SUS não é totalmente público, tendo em sua estrutura o funcionamento de serviços privados, principalmente unidades de diagnóstico e terapias, bem como hospitais, que são remunerados com os recursos tributários vinculados à saúde (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012). Essa vinculação da receita orçamentária contribui decisivamente para que o acesso ao sistema não dependa diretamente da capacidade de pagamento prévio dos usuários.

### 2.1.3. PRINCÍPIOS DO SUS

Com este fito abrangente, o Sistema Único de Saúde possui um conjunto de princípios e diretrizes que orientam todo o território nacional, partindo de uma concepção ampliada de saúde e do papel do Estado na prestação deste direito, como dito, incorporando na estrutura institucional e política do Sistema espaços e instrumentos para o compartilhamento e democratização dos processos decisórios e de gestão (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 365). Dessa maneira, o sistema possui como princípios finalísticos a Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira; bem como possui em seu rol de princípios estratégicos a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação Social.

#### 2.1.3.1. Princípio da Universalidade

O Princípio da Universalidade é um princípio finalístico, ou seja, é um ideal que deve ser buscado, indicando uma das características do sistema. O acesso universal afirma que todos têm o mesmo direito a acessar os serviços e ações de que necessitarem, independentemente do custo, natureza ou complexidade. Este princípio significou a passagem do modelo contributivo de seguro social para a ideia de acesso inerente à cidadania; em outras palavras, é a passagem da cidadania regulada (isto é, como anotado em linhas anteriores, apenas estavam abarcados trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho) para a cidadania universal (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 367). A Universalidade requer políticas e processos de extensão da cobertura dos serviços, para que os serviços de saúde abarcados se tornem acessíveis a toda a população. Esses processos têm que ver com a

diminuição ou eliminação de barreiras jurídicas, econômicas, culturais e sociais que se coloquem entre os serviços e as pessoas.

A Constituição Federal de 1988 logrou romper a barreira jurídica. Em primeiro lugar, a partir do artigo 196, tem-se que todo cidadão brasileiro faz jus ao acesso à saúde, não precisando mais se colocar como “trabalhador regularizado” ou “indigente”, havendo a superação da ideia de cidadania regulada ou prática assistencialista pela ideia de direito à saúde como política social inerente à cidadania plena brasileira. Em segundo lugar, a compreensão jurídica de que a Constituição Federal é norma plenamente eficaz e vigente fez com que o judiciário fosse movimentado pelos cidadãos para garantir acesso a bens e serviços do setor de saúde<sup>31</sup>.

Com a Universalidade, as condições socioeconômicas da população e a inserção no mercado formal de trabalho não são mais condições de possibilidade de acesso à saúde; as despesas com os riscos de adoecimento e o financiamento passam a ser repartidos por diferentes grupos, sendo uma responsabilidade de toda a sociedade (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 367). Ainda assim, o pleno acesso à saúde também demanda a superação de barreiras sociais, culturais e econômicas (TEIXEIRA, 2011, p.3). Ainda que haja a previsão constitucional do dever do Estado de prestar o direito à saúde, de modo que o cidadão não tenha que pagar necessariamente pelos bens e serviços, já que a saúde é financiada de maneira estatal através de fundos públicos, sabe-se que boa parte dos usuários encontra dificuldades financeiras no acesso, como, por exemplo, habitar em pequenos municípios ou na periferia de grandes centros, onde não existem muitos postos de saúde, de maneira que este usuário não possui dinheiro suficiente para arcar com as despesas de transporte até o posto médico. Lado outro, também recai sobre o Estado um ônus financeiro relevante, já que a universalização demanda investimentos na ampliação das estruturas que executam as políticas de saúde, como construção e reforma de unidades de saúde, compra de insumos e equipamentos, contratação e pagamento de pessoal, enfim, recursos que ao mesmo tempo universalizem e qualifiquem o acesso (TEIXEIRA, 2011).

A universalidade de acesso também esbarra em barreiras socioculturais, mormente a comunicação e linguagem entre os usuários e os prestadores de serviços (TEIXEIRA, 2011, p. 4). Essa é uma questão importante à qual retornaremos adiante, uma vez que o objeto de estudo da presente dissertação, o projeto PoloSUS, tinha ênfase sobre algumas minorias.

---

<sup>31</sup>O Supremo Tribunal Federal possui vários precedentes judiciais no sentido de garantir esse acesso. O catálogo de precedentes está disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigobd.asp?item=%201814>. Acesso em 01 de outubro de 2017.

Logo, a questão das barreiras socioculturais foi um elemento importante na concepção, na execução e na gestão do projeto. Questionou-se, por exemplo, como foi o envolvimento do povo cigano no Projeto PoloSUS.

Carmen Teixeira (2011) observa que muitos usuários encontram dificuldades sociais e culturais para expressarem suas necessidades, seus problemas, dificuldades, preferências, decorrentes de suas crenças e modos de vida dificultando o entendimento dos prestadores de saúde, tornando mais difícil o diálogo para compreensão e aprendizado da prática de saúde, a efetividade da prestação do serviço por parte dos profissionais e trabalhadores de saúde. Essas dificuldades também afetam a atuação positiva do usuário em seu próprio processo de recuperação da saúde e prevenção de doenças, bem como o controle social no sistema de saúde. À perspectiva da Autora, vale a pena acrescentar que possivelmente a dificuldade destas pessoas e destes grupos se expressarem esteja relacionada aos termos exigidos pelo sistema jurídico-político que informa o SUS. Deste modo, não se trataria apenas da dificuldade dos grupos em situação de vulnerabilidade social se expressar, mas também a dificuldade dos operadores do sistema de saúde incorporar outras linguagens e formas de expressão que não estejam enquadradas na linguagem jurídica empregada na formulação e na implementação das políticas públicas<sup>32</sup>.

Neste contexto, muitas iniciativas vêm sendo realizadas, como o PoloSUS, que vão desde o desenvolvimento de projetos de educação em políticas públicas até normatização de bulas de remédios, passando por projetos que fortaleçam a implementação de ouvidorias ou outros canais de controle e avaliação sociais, buscando sedimentar o canal de comunicação entre os usuários do sistema, os gestores e os prestadores de serviço (TEIXEIRA, 2011).

### 2.1.3.2. Princípio da Equidade

O Princípio da Equidade é um dos princípios denominados doutrinários mais relevantes para o Sistema Único de Saúde e também para esta pesquisa. Esse princípio possui relação direta com os conceitos de Igualdade e Justiça<sup>33</sup>. A noção de equidade tem relação direta com a necessidade de tratar desigualmente os desiguais, de modo a alcançar a igualdade

---

<sup>32</sup> Sou extremamente grato à Professora Marta Mendes por este comentário, que reforça a importância de projetos como o PoloSUS no apontamento de capacitação tanto destes grupos, quanto dos profissionais de saúde na reflexão sobre a necessária alteridade na prestação da saúde.

<sup>33</sup> A definição está no site do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/556-sgep-raiz/dagep/20657-politicas-de-equidade-em-saude>. Acesso em 27 de setembro de 2017

de oportunidade de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros da sociedade (TEIXERA, 2011, p. 5). Este princípio reitera que os serviços e ações de saúde não podem estar à mercê de discriminação; não é aceitável que somente determinados grupos possam ter acesso à saúde a partir de critérios como renda, cor, gênero ou religião (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012). O critério diferenciador deve ser a complexidade das necessidades de tratamento. Especificamente em relação à saúde, compreende-se que as desigualdades sociais impactam diretamente no adoecer e no morrer (TEIXEIRA, 2011).

A Equidade atua no Sistema Único de Saúde de maneira a orientar as ações de atendimento aos indivíduos de acordo com as suas necessidades, oferecendo mais serviços a quem demanda mais cuidados<sup>34</sup>. Através do Princípio da Equidade, busca-se o reconhecimento das diferenças nas condições de vida e de saúde e das necessidades das pessoas, tomando como premissa que o direito à saúde deve ser garantido considerando as diferenças sociais, devendo sua realização atender à diversidade. Em outras palavras, parte da ideia de respeito às necessidades, às múltiplas existências e especificidades de cada cidadão ou grupo social e do reconhecimento, já notado durante a história de movimentos de saúde brasileiros, que as diferentes condições de vida, habitação, trabalho, renda e de acesso à educação, lazer, cultura e serviços públicos influenciam diretamente as condições de saúde. Levam-se em consideração os efeitos diretos que diferentes tipos de preconceito e discriminação social geram; dentre estes tipos, o racismo, a misoginia, a LGBTfobia e a exclusão social de populações que vivem em situação de rua ou em condições de isolamento territorial (como as populações do campo, da floresta, das águas, os quilombolas ou em situação nômade, como os ciganos).

Com efeito, o Princípio da Equidade também é utilizado para nortear políticas de saúde para grupos específicos, identificando e reconhecendo necessidades e demandas de tais grupos com suas especificidades; o princípio auxilia na missão de reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. O sistema de saúde pode contribuir para a superação das desigualdades sociais com a redistribuição de oferta de serviços e ações, com a redefinição dos perfis de oferta para priorizar a atenção para grupos em situação de vulnerabilidade, bem como enfatizando ações com vistas às condições especiais que tornam determinados grupos menos protegidos ao adoecimento e à morte

---

<sup>34</sup>No cotidiano dos hospitais, esse princípio é evidenciado com a denominada “classificação de riscos”. A prioridade no atendimento leva em consideração a ordem de chegada aliada à urgência e gravidade do estado físico/de saúde do usuário. Por consequência do princípio, no exemplo em questão, um usuário que tenha sido vítima de um acidente grave “passará na frente” de outro usuário que necessite de um atendimento ou tratamento menos urgente e grave.

(TEIXEIRA, 2011, p. 5). O Princípio da Equidade foi um dos fios condutores do projeto PoloSUS. Por essa razão, em seguida, discorreremos sobre as políticas setoriais voltadas para os grupos considerados em situação de vulnerabilidade que foram contemplados no projeto: População do Campo e da Floresta (trabalhadores rurais, camponeses, quilombolas, assentados, atingidos por barragens, ribeirinhos, etc.), população LGBT, população cigana, população negra e a população em situação de rua. O outro eixo do projeto foi o fortalecimento do controle social e da participação popular.

Neste cenário, no Brasil, hoje, existem programas de saúde de acordo com a pluralidade da população, abarcando as populações do campo e da floresta, negros, ciganos, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua, mulheres, dentre outros grupos em situação de vulnerabilidade.

#### 2.1.3.2.1. Política de equidade para a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) foi instituída pela Portaria nº 2.836 de 1º de dezembro de 2011<sup>35</sup> e tem por objetivo promover a saúde integral LGBT, visando eliminar a discriminação e o preconceito institucional, também contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do Sistema Único de Saúde como um sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013)<sup>36</sup>. A marca desta política é o reconhecimento de que a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero incide diretamente na determinação social da saúde, no processo de sofrimento e adoecimento que são consequências advindas do preconceito e do estigma social que expõe a comunidade LGBT a menos acesso à saúde integral.

As Política Nacional de Saúde Integral LGBT possui como diretrizes o respeito aos direitos humanos<sup>37</sup> LGBT, visando à eliminação do estigma e da discriminação decorrentes das homofobias, consideradas como determinantes sociais do sofrimento e de doenças; a contribuição para a promoção da cidadania e da inclusão da população LGBT por meio da articulação com as diversas políticas sociais, de educação, trabalho e segurança; a inclusão da

---

<sup>35</sup>Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836\\_01\\_12\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html). Acesso em 30 de setembro de 2017

<sup>36</sup> A Política Nacional de Saúde Integral LGBT está documentada em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_lesbicas\\_gays.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf). Acesso em 30 de setembro de 2017

<sup>37</sup> Além do documento assinalado na nota anterior, também retiramos informações do site da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde.

diversidade populacional na formulação e implementação de outras políticas e programas voltados para grupos específicos no Sistema Único de Saúde, envolvendo orientação sexual, identidade de gênero, ciclos de vida, raça-etnia e território; a eliminação das homofobias e demais formas de discriminação que geram violência contra a população LGBT no âmbito do SUS, o que contribui para alterações sociais em geral; a implementação de serviços, ações e procedimentos no SUS, que aliviem o sofrimento, a dor e o adoecimento relacionados aos aspectos de inadequação de identidade, corporal e psíquica em relação às pessoas transexuais e travestis<sup>38</sup> (BRASIL, 2013). Constam como diretrizes também a difusão das informações pertinentes ao acesso, à qualidade da atenção e às ações para o enfrentamento da discriminação, em todos os níveis da gestão do SUS; a inclusão da temática da orientação sexual e da identidade de gênero de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais nos processos de educação permanente desenvolvidos pelo SUS, incluindo os trabalhadores da saúde, os integrantes dos Conselhos de Saúde e as lideranças sociais; a produção de conhecimentos científicos e tecnológicos visando à melhoria da condução da saúde da população LGBT e, ainda, o fortalecimento da representação do movimento social organizado da população LGBT nos Conselhos de Saúde, Conferências e demais instâncias da participação social. Esses são, por sinal, os objetivos específicos aos quais o PoloSUS se vinculou: capacitação sobre as temáticas relevantes para o SUS, pesquisa sobre os temas (público, determinantes e condições de saúde, maneiras de construir as políticas, etc.) e mobilização social.

#### 2.1.3.2.2. Política de equidade para a população de rua

Em relação à População de Rua<sup>39</sup>, o Plano Nacional para População de Rua leva em consideração, no âmbito da saúde, que esse grupo populacional está exposto a diversos fatores

---

<sup>38</sup>Concretamente, algumas ações e estratégias têm sido desenvolvidas como a alteração da ficha de notificação de violências interpessoais e autoprovocadas do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). A ficha contém, em sua nova versão, campos para preenchimento do nome social (quando houver), identidade de gênero e orientação sexual da pessoa que foi agredida. Também foi incorporado um campo para identificação da violência por motivação homo/lesbo/transfóbica. Mesma estratégia é exercida no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Foi desenvolvido o módulo de Educação à distância sobre a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, em parceria com a UNASUS e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Foi estabelecida parceria entre a UNB e o Ministério da Saúde para pesquisa sobre qualidade do acesso e qualidade da atenção integral à saúde LGBT no SUS. Hoje, o cartão SUS inclui o nome social como direito de travestis e transexuais. Desde 2013, também, houve a ampliação do processo transexualizador pelo SUS e, para coroar, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres leva em consideração as mulheres transexuais, com atenção para os ciclos da vida e para a erradicação de preconceitos de quaisquer espécies.

<sup>39</sup>Segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua, “considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares

de risco que ampliam sua vulnerabilidade como preconceitos, estigmas, violências, invisibilidade social, dificuldade de acesso às políticas públicas, alimentação instável, pouco acesso à água potável, privação de sono, dificuldades para aderir a tratamentos de saúde, entre outros.

A partir deste quadro, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, lançou campanha sobre a saúde deste grupo em situação de vulnerabilidade. A campanha possui como objetivo a valorização da saúde como um direito humano de cidadania, isto é, objetiva afirmar que independentemente das condições em que se apresente a pessoa em situação de rua, essa pessoa tem direito de acesso e uso dos serviços e ações em saúde na rede do SUS.

Além disso, a campanha tem por objetivo sensibilizar os profissionais de saúde para o acesso e o atendimento da população em situação de rua, contribuindo para erradicar os preconceitos da sociedade em relação a essas pessoas, a fim de que elas sejam acolhidas nos serviços de saúde; empoderando essas pessoas quanto aos seus direitos ao se verem como cidadãos. A campanha tem buscado uma verdadeira educação em direitos humanos e políticas públicas para alcançar os demais objetivos (como será apresentado nessa dissertação, é um dos nossos objetivos verificar se o Polo SUS logrou alcançar esse público e com que resultados, caso tenha alcançado).

A realização destes objetivos está em andamento. Desde 2009 foram lançadas algumas estratégias como: a) a implantação de consultórios de rua, isto é, equipes que prestam atendimento em saúde de maneira itinerante, de acordo com as necessidades das pessoas em situação de rua. De acordo com o *site* do Ministério da Saúde, existem 144 equipes do Consultório de rua<sup>40</sup>; b) a implantação do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua. Esses comitês são espaços de participação e controle social, são grupos consultivos e de monitoramento, avaliação e assessoramento para discutir técnica e

---

interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza áreas públicas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (Disponível em [http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=18974&Itemid=1005#situacao](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18974&Itemid=1005#situacao) o. Acesso em 29 de setembro de 2017).

<sup>40</sup>Os consultórios de rua foram instituídos em 2011, no contexto da Política Nacional de Atenção Básica, como equipes que buscam de maneira ativa e qualificada as pessoas que vivem em situação de rua. As equipes são formadas por, no mínimo, quatro profissionais, dentre eles enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, médicos, agentes sociais, dentistas, etc. O território de atuação das equipes é dividido a partir de um censo da população de rua e cadastro das pessoas localizadas nestes espaços. As equipes de Consultórios na Rua podem também dar início ao pré-natal e vincular a gestante a uma UBS para que faça os exames e procedimentos necessários.

politicamente as políticas públicas para esse segmento populacional, no âmbito do SUS. Implantado desde 2009, auxilia o Ministério da Saúde na elaboração, implementação e avaliação das políticas; c) instituição de comitês como o citado na esfera estadual e na esfera municipal; d) a participação do Ministério da Saúde no Comitê Intersetorial de acompanhamento e monitoramento das políticas públicas para a População em Situação de Rua; e) Operação contra a tuberculose; f) cursos de capacitação para profissionais que trabalham com as pessoas em situação de rua; g) capacitação de lideranças deste segmento social.

#### 2.1.3.2.3. Política de equidade para a população negra

A População Negra também possui política nacional de saúde própria desde 2009, quando foi instituída pela Portaria 992, de 13 de maio. A população Negra é entendida segundo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como aquelas pessoas que se declaram de cor de pele preta ou parda; perfazem 52,9% de acordo com o Pnad 2013<sup>41</sup>. A Política busca garantir a equidade e a efetivação do direito à saúde de negras e negros. Considerando os impactos do racismo social e institucional e as desigualdades étnico-raciais como determinantes sociais da qualidade em saúde, estabelece diretrizes, objetivos, estratégias e responsabilidades da gestão em todas as esferas de governo.

Entre as diretrizes e os objetivos estão incluídas ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como direções sobre a gestão participativa, a participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadoras e trabalhadores da saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra.

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra expressa o compromisso de governo com a diminuição das desigualdades sociais que acometem a população negra, sendo o racismo uma de suas expressões mais fortes. Reafirma, também, as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS na implementação de suas ações e na articulação com outros setores do governo e da sociedade civil, em especial com os movimentos sociais negros.

A partir disso, a Política tem como objetivos específicos incentivar o protagonismo da população negra com o cuidado de sua saúde; informar a população em geral sobre os

---

<sup>41</sup>Esses e outros dados podem ser consultados na Cartilha da Política Nacional de Saúde para a População Negra. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf)>. Acesso em 01 de outubro de 2017

motivos e agravos que dificultam o acesso integral da população negra aos serviços de saúde; conscientizar os profissionais de saúde sobre a existência do racismo institucional também no âmbito do SUS e a relevância de encará-lo e promover a ruptura de estigmas sociais recorrentes, o que reflete em discriminação e preconceito.

#### 2.1.3.2.4. Política de equidade para a população cigana

A Política de Equidade em Saúde para a População Cigana também encontra guarida na positividade institucional, embora seja a que menos conta com projetos em andamento. O Ministério da Saúde possui uma Cartilha sobre os direitos em saúde, as dificuldades e maneiras de tratar o Povo Cigano<sup>42</sup>.

No Brasil, existem três grandes grupos ciganos: os Rom, os Sinti e os Calon, presentes em todos os Estados da Federação e no Distrito Federal, seja em áreas urbanas valorizadas (“ou nobres”) ou nas periferias das cidades (BRASIL, 2016). Muitos desses ciganos estão em atividades itinerantes como tipicamente se descreve esses grupos, mas já é possível observar a presença de pessoas dessa etnia em ocupações com sede física. Na cartilha é destacado que nem todo cigano é nômade, uma vez que muitos possuem residência fixa. A realidade do povo cigano é bem distinta dos estereótipos construídos socialmente e da marginalização gerada. Nada obstante, ainda é fato que os grupos não acampam juntos, não falam exatamente a mesma língua, além de terem comportamentos sociais como vestimentas e regras de conduta diferenciadas.

Com efeito, as dificuldades para a saúde começam na moradia. As famílias ciganas em situação itinerante possuem a tenda como casa; a proteção dessas tendas contra a radiação solar varia de acordo com as possibilidades financeiras de cada família (BRASIL, 2016). A maioria dos acampamentos conta com autorizações prévias dos gestores municipais dos territórios; mas nem por isso as estruturas disponíveis são melhores. Algumas das dificuldades estruturais são relacionadas a paupérrimas condições de saneamento básico e água potável disponível.

Em relação à saúde, informações e tratamentos, principalmente em relação às mulheres, tem-se que essas são as responsáveis pela educação, manutenção da cultura, da saúde e bem-estar da família e, a depender do núcleo familiar, pela transmissão dos saberes

---

<sup>42</sup>A Cartilha (BRASIL, 2016) está disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/10/Sa---de-Povo-Ciganos.pdf>. Acesso em 01 de outubro de 2017

tradicionais sobre o uso de ervas e plantas medicinais para o tratamento de determinadas doenças. Tradicionalmente, essas mulheres se casam a partir dos 12 a 15 anos; no período gestacional, encontram dificuldades de assistência por conta da vida nômade, sendo raros os acompanhamentos no pré-natal. Deste modo, geralmente procuram as unidades de saúde já em trabalho de parto ou fazem uso dos saberes populares das parteiras. O controle de natalidade e a prevenção são considerados transgressões à cultura, filhos e filhas são dádivas. Curiosamente, a cartilha disponível sobre os subsídios para a saúde aponta a necessidade de maior difusão das informações sobre métodos contraceptivos, “pois quando elas recebem orientação sobre o assunto, passam a ter conhecimento do que é o ciclo fértil e não fértil, e quais os métodos contraceptivos, e outras informações relacionadas à prevenção” (BRASIL, 2016, p. 13). Acreditamos que somente é possível ler esse indicativo da cartilha pela chave de que a informação reforça autonomia<sup>43</sup>; do contrário, parece ser uma questão de choque de valores entre o Estado e o saber-viver do povo cigano, aparecendo como um desafio para a ecologia de saberes (SOUTO, OLIVEIRA, 2016) nos determinantes de saúde dos ciganos.

A depressão ocasionada pelo cotidiano estressante e a lombalgia decorrente das atividades domésticas acometem com frequência as mulheres ciganas. Ainda há a dificuldade de autonomia das mulheres em buscarem o atendimento médico por si e sobre o gênero do profissional de saúde que pode atendê-las. O grau de autonomia é variável a depender do nível de escolaridade e outros recursos de cada núcleo familiar (BRASIL, 2016).

Esses fatos pontuados demonstram a importância de focalizar a educação em saúde do povo cigano nas mulheres deste segmento social, que podem funcionar como replicadoras deste saber, mediando o saber médico com o saber tradicional e popular. De outra mão, os profissionais de saúde também precisam ser melhores instruídos sobre as realidades das mulheres ciganas, uma vez que ainda demonstram desconhecimento no atendimento. É preciso, portanto, criar verdadeiras pontes para o diálogo mais efetivo entre as mulheres ciganas e os profissionais de saúde, o que demanda processos de capacitação e disseminação de informação para ambos os grupos (BRASIL, 2016).

O homem cigano enfrenta, por seu turno, o construto social de que “hospital e médico é coisa de mulher, criança e doente” (COSTA e ROLIM, 2014 *apud* BRASIL, 2016). Os homens reservam pouco espaço no cotidiano dos núcleos para discutir questões de saúde. São tidos como provedores e enfrentam também um cotidiano estressante. Os diagnósticos dão

---

<sup>43</sup> A cartilha aponta que as famílias com acesso regular às unidades de saúde detêm maior arcabouço informacional sobre os exames disponíveis, embora ainda exista o receio de realizá-los (BRASIL, 2016).

conta de que os homens ciganos apenas procuram as unidades de saúde quando os sintomas das doenças já estão em estágio avançado.

O contato entre os núcleos ciganos e os profissionais de saúde obedece a um “rito”. Geralmente, um representante deste núcleo é quem dialoga com o profissional de saúde para que seja estabelecido o vínculo de confiança. Desta maneira, as ações de saúde somente são efetivadas perante os demais participantes do núcleo se o representante concordar. A importância da regionalização da saúde se mostra aqui, uma vez que as abordagens serão variadas a depender da localização e experiências dos grupos ciganos.

Os povos ciganos possuem marcos legais que os amparam, como, por exemplo, o Decreto Presidencial de 25 de maio de 2006, que institui o dia 24 de maio como o “dia do cigano”, demonstrando a intenção do Estado brasileiro de trabalhar pela maior visibilidade do povo cigano. A Portaria do Ministério da Saúde nº 940/2011 regulamenta o cartão de saúde no SUS e afirma a não obrigatoriedade de comprovação de domicílio para a população cigana nômade se cadastrar, no parágrafo único de seu artigo 23.

A Portaria nº 2.246/2014 que redefiniu a Política Nacional de Saúde, em seu artigo 3º, inciso IV, expressa o respeito pela diversidade, inclusive a étnica, que influencia nas condições e determinantes de saúde. No mesmo sentido, o artigo 215 da Constituição Federal brasileira determina a proteção das culturas e grupos étnicos brasileiros e o artigo 216 do texto constitucional protege como patrimônio imaterial os diferentes modos de viver e saberes sociais (SOUTO, OLIVEIRA, 2016).

#### 2.1.3.2.5. Política de equidade das populações do campo e das florestas

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas foi instituída, por sua vez, pela Portaria n 2.866, de 2 de setembro de 2011 e pactuada pela Comissão de Intergestores Tripartite<sup>44</sup>, pela resolução 3 de 6 de dezembro de 2011,

---

<sup>44</sup>A Comissão Intergestores Tripartite é “a instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS”. Conceito disponível no “Manual” SUS de A a Z. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico\\_det.php?co\\_topico=317&letra=C](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=317&letra=C). Acesso em 02 de outubro de 2017

estabelecendo o plano operativo para este segmento<sup>45</sup>. Esse desenvolvimento da política vem desde 2005 com a criação do Grupo da Terra, composto por representantes do Governo, movimentos sociais e especialistas convidados. São caracterizados por povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social diretamente relacionados com a terra. São assim considerados, portanto, os camponeses, sejam eles agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, os assalariados e temporários, residindo ou não no campo. Também estão dentro do conceito da política pública as comunidades tradicionais, como as ribeirinhas, os quilombolas e as que habitam as reservas extrativistas ou façam seu uso em áreas florestais e aquáticas, bem como as populações atingidas por barragens e similares (BRASIL, 2013). A população rural brasileira caracteriza-se por uma diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade. Essa riqueza vai, portanto, para além de suas variedades de recursos naturais, incluindo principalmente sua gente multifacetada. A atenção merecida – e nem sempre recebida – pode ser comparada à dispensada aos sertanejos que pontuamos no início de nossa reflexão histórica-institucional.

A Política atual foi aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde, significando um verdadeiro marco, reconhecendo os determinantes sociais dessas populações no acesso à saúde. Assim, a política objetiva melhorar as condições de saúde da população dos campos e das florestas através de ações e serviços que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça, cor, etnia e de orientação sexual, para que possa ser ampliado o acesso à saúde, reduzindo os riscos de adoecimento e morte por conta dos processos de trabalho agrícola, bem como pelas inovações tecnológicas nos campos e nas florestas, buscando a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida. A operacionalização dessa política de saúde demanda o comprometimento das esferas estaduais e municipais de governo, bem como a intersetorialidade de políticas públicas como educação, trabalho nos conselhos de saúde e demais instâncias participativas e de controle.

Com efeito, essas populações precisam enfrentar ainda algumas questões estruturais como a desigualdade trazida pela estrutura fundiária brasileira e o acesso desigual a serviços se comparada à população urbana. Por exemplo, os serviços de saneamento oferecidos à população do meio rural apresentam déficit de cobertura, pois apenas 32,8% dos domicílios

---

<sup>45</sup>As informações foram retiradas da Cartilha da Política Nacional de Saúde para Populações do Campo e da Floresta (BRASIL, 2013). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_campo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf). Acesso em 03 de outubro de 2017.

rurais estão ligados à rede de distribuição de água, enquanto a maior parte dessa população (67,2%) capta água de chafarizes e poços (protegidos ou não) diretamente de cursos de água sem nenhum tratamento ou de outras fontes alternativas, geralmente insalubres (BRASIL, 2013). Essa desigualdade gera maior risco de doenças veiculadas ao sistema hídrico para as populações dos campos e das florestas, aumentando em seus territórios a mortalidade, principalmente infantil. Doenças gastrointestinais também são mais detectadas nestes territórios pela ausência de água encanada e esgoto tratado nessas regiões.

Além disso, o uso de agrotóxicos também se apresenta como um desafio relevante. O processo agrícola brasileiro tem cada vez mais dependido da utilização desse insumo. Em vários relatórios são apontadas as falhas ou ausência de orientação técnica para utilização de agrotóxicos. As orientações técnicas possuem nível de compreensão elevado que aliada ao baixo nível geral de ensino formal das pessoas dessas populações contribuem para o déficit de cuidados e aumento dos riscos gerados pelo material.

Dentro de todo esse contexto, a Política deve prezar, nada obstante, pelo reconhecimento das variedades de saberes das populações dos campos e das florestas, como disposto no artigo 3º, inciso V, da Portaria 2.866 de 2011 (BRASIL, 2013). Com esse norte, o plano operativo tem se pautado por eixos como o acesso e atenção à saúde, com a adoção de mecanismos gerenciais e de planejamento para a promoção da equidade em saúde, produção de informação e educação continuada; ações de promoção e vigilância em saúde, buscando a redução dos fatores de riscos e de agravos decorrentes das condições específicas do ambiente e influências químicas e estruturais nos territórios dessas populações; a educação permanente e a educação popular, com auxílio das equipes de saúde da família e dos demais profissionais de saúde do SUS, bem como o desenvolvimento de processos educativos com base na educação popular, buscando integrar saberes e práticas de cuidados das populações, além de fomentar o desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão neste sentido, gerando o fortalecimento e aprimoramento das lideranças sociais para o exercício do controle social das políticas; e o monitoramento e avaliação dessas políticas.

#### 2.1.3.2.6. Alguns apontamentos e questões em aberto

Tendo por base o estudo desenvolvido sobre os mecanismos de controle social do SUS desenvolvidos para a sociedade como um todo e para determinados segmentos sociais em particular, pode-se perceber a evolução da compreensão do pensamento sobre saúde pública,

que passa a levar em consideração o pertencimento a determinados grupos sociais, grupos esses que sofrem variados graus de iniquidades e preconceitos, que impactam diretamente nos níveis de saúde do indivíduo pertencente a algum(s) desse(s) grupo(s). Enfrentar a realidade a partir deste prisma, pode contribuir decisivamente para a busca da equidade.

Nada obstante a evolução da previsão de políticas e de mecanismos participativos e decisórios, há obstáculos e limites que se transformam em questões em aberto para tentativa de resposta no decorrer dessa pesquisa ou em pesquisas futuras: esses grupos estão sendo incorporados em processos decisórios? Esses grupos participam da elaboração das políticas que os tomam como público-alvo ou são tutelados? As ações e serviços estão sendo efetivas no acesso a esses grupos, na superação de barreiras das distâncias físicas e culturais? Os órgãos responsáveis pela elaboração e execução das políticas estão munidos de informações de qualidade para subsidiar essas ações? As heterogeneidades internas aos grupos são contempladas? Será que é possível medir os resultados alcançados em termos de ampliação do acesso e promoção da equidade?

Seja como for, entendemos que parcerias entre o Ministério da Saúde e instituições públicas, privadas, associações civis e etc, para implementação dessas políticas podem contribuir para responder a algumas das questões anteriores. O PoloSUS buscou, por exemplo, trabalhar na frente de capacitação de grupos considerados em situação de vulnerabilidade, pelos critérios da SGEF, para que pudessem desenvolver competências e adquirir conhecimentos sobre seus direitos em relação à saúde.

#### 2.1.3.3. Princípio da integralidade

O princípio da integralidade da assistência é definido legalmente como uma articulação continuada de ações e serviços de prevenção e cura, podendo ser realizada de maneira individual ou coletiva, em cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Procura-se englobar a promoção da saúde, a prevenção com a assistência ambulatorial e hospitalar nos diagnósticos, tratamentos e reabilitações (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 368).

Dessa maneira, os profissionais de saúde e os representantes do poder executivo no âmbito dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União (os gestores do SUS) devem organizar as práticas dos serviços de modo que essa integração ocorra. Em sentido ampliado, a integralidade também tem que ver com a articulação necessária entre as

características econômicas e sociais atuando sobre os vetores determinantes do processo de saúde, garantindo condições satisfatórias à população.

#### 2.1.3.4. Princípio da participação e controle social

A participação da comunidade também é um princípio do SUS, tanto no sentido de participar da formulação das políticas públicas em saúde, quanto também na implementação e no controle social dessas políticas. A participação é um princípio vetor importante para esta pesquisa, uma vez que o PoloSUS tinha por objetivo justamente contribuir para o fortalecimento do controle social. A participação da comunidade é a garantia de que a população possa participar da formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento das normas administrativas e legislações do SUS e do controle e avaliação dos serviços e ações realizados pelas diferentes esferas de governo (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 368). Essa participação dar-se-á, em regra, através de entidades representativas.

Ao estabelecer a participação comunitária ou social como um dos princípios diretivos do SUS, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) registra a relevância da inclusão da população brasileira na formulação das políticas públicas de saúde. Além da formulação, há espaço de atuação comunitária sobre a fiscalização e o controle das ações do Estado. Essa é uma orientação principiológica derivada da maneira ampla que a Constituição Federal de 1988 consagrou a participação popular, afirmando no parágrafo único do primeiro artigo que “todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente”.

Conforme aponta Leonardo Avritzer (2006, p. 35), o Brasil combina formas de representação e formas de participação, com sufrágio universal, voto direto e secreto, com valor igual para todos e também plebiscito, referendo e lei de iniciativa popular. Ainda, segundo Avritzer, há a previsão constitucional de que atores ou entidades da sociedade civil participem das deliberações sobre políticas públicas, localizadas nos capítulos sobre a seguridade social e a reforma urbana (AVRITZER, 2006, p. 36), sendo os Conselhos de Políticas Públicas uma das formas mais difundidas.

É preciso registrar a polissemia do termo “participação”. Ao menos analiticamente, a participação detém vários significados<sup>46</sup>. Assim como Sarah Escorel e Marcelo Rasga Moreira (2012, p. 854-855), partimos do entendimento da participação como o sujeito – individual

---

<sup>46</sup>Também devo este ponto à Professora Cristina Dias do PPGCSO/UFJF.

e/ou coletivo – almejando intervir na situação concreta e histórica em que vive, estabelecendo-se como sujeito social. Este sujeito participa em um determinado espaço ou instância participativa que se relaciona diretamente com a instituição em que pretende interferir e influenciar, buscando modificá-la segundo seus interesses.

A participação também é influenciada pelas “razões”, por assim dizer, que a move. Há que se compreender em que medida a participação é voluntária, condicionada, forçada e/ou compulsória. A legislação brasileira define como compulsórias a instituição de conselhos de saúde e a realização de conferências de saúde, uma vez que são condições para a transferência tributária para os fundos de saúde. A participação dos sujeitos, entretanto, tende mais para a participação voluntária.

As instâncias participativas são espaços que almejam permitir a atuação dos sujeitos em conjunto, potencializando os esforços participativos e a realização dos objetivos. As instâncias participativas funcionam, então, reunindo esses sujeitos, colocando os assuntos à mesa, gerando a deliberação, direcionando as ações rumo às instituições responsáveis pela regulação dos assuntos em relação aos quais esses sujeitos possuem interesse. Resumidamente, esses espaços contariam com duas dimensões imbricadas. A dimensão mais imediata congrega os esforços dos sujeitos mais interessados e diretamente interessados na situação. A dimensão mais ampla é entendida como replicadora, mais conscientizadora, que tem que ver com a construção e difusão de uma cultura mais participativa, promotora da interação maior com os sujeitos, mesmo que não estejam diretamente envolvidos com uma situação, que podem contribuir para a realização dos objetivos (ESCOREL, MOREIRA, 2012, p. 857). Nossa hipótese é que um projeto como o POLO SUS possibilita essa segunda dimensão que, sem dúvida, pode impactar na primeira; a inclusão de novos sujeitos, ainda não diretamente ligados à situação em foco, permite a ampliação do intercâmbio, com possibilidade de gerar uma rede para a troca de conceitos, experiências e valores.

Essas instâncias, se reconhecidas juridicamente, tendem a produzir regras mais claras de acesso, funcionamento e atribuições. Neste sentido, a Lei 8.142/1990 estabeleceu as bases institucionais necessárias para que a participação social obtivesse os resultados que vem obtendo desde a redemocratização. No caso brasileiro que possui experiência participativa recente e pouco desenvolvida (ESCOREL, MOREIRA, 2012) – a rigor, há o orçamento participativo e os conselhos gestores, que representam a participação dos sujeitos em instâncias colegiadas com traços deliberativos em determinados setores de políticas públicas, como os de saúde -, a legislação auxilia sobremaneira.

Tanto foi assim que a democratização do setor de saúde, já pensada e articulada pelo movimento sanitário como pontuamos<sup>47</sup>, tornou-se exemplo para outros países e sistemas, como também internamente para outros setores de políticas públicas.

Se foi na década de 1990 que a participação social foi institucionalizada e regulamentada; foi na 8ª Conferência Nacional da Saúde, em 1986, que a proposta participativa do movimento sanitário foi consubstanciada no bojo do Sistema Único de Saúde. A proposta participativa consagrava a ideia articulada que possibilitava aos usuários o controle do sistema. Visando esse controle nos âmbitos federal, estadual e municipal, pensou-se o estabelecimento de conselhos de saúde composto por representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços), de modo a permitir a participação plena dos cidadãos no planejamento, execução e fiscalização dos programas em saúde (SCOREL, MOREIRA, 2012, p. 868). Além disso, propunha a reformulação da composição e das funções do Conselho Nacional de Saúde.

Foi no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde que os conselhos dos municípios despontaram como órgãos participativos externos ao poder público, com a incumbência de exercer fiscalização e controle por parte dos usuários. Havia, à época, o desejo de que os conselhos se colocassem contra os interesses privatistas do mercado, que buscavam interferir no fluxo dos recursos para a saúde.

Se o artigo da lei 8.080 de 1990 que disciplinava a participação social fora vetada por Collor, a força social do movimento sanitário foi capaz de rearticular as bases sociais<sup>48</sup> a ponto de pressionar o Legislativo e disciplinar a matéria na Lei 8.142. A legislação logrou ampliar a autonomia dos conselhos, principalmente ao possibilitar que se autonormalizassem através de regimentos internos.

A participação encontra sua materialização máxima no âmbito do SUS através dos Conselhos de Saúde – presentes em todas as esferas federativas – e pela realização das Conferências de Saúde, quando há o canal de diálogo permanente com interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população. Nesse sentido, a Lei 8.142 (BRASIL, 1990b), de 28 de dezembro de 1990, com o objetivo de estimular a participação social no SUS e monitorar a implementação das políticas de saúde através de espaços institucionais

---

<sup>47</sup>A participação social ganha fôlego na década de 1980, mas, a rigor, a população possuía importante participação em atividades e serviços de saúde com os conselhos comunitários (que objetivavam apresentar as demandas da comunidade junto às elites políticas locais, em um esforço de quebra do clientelismo entre Estado e Sociedade), com os conselhos populares e os conselhos administrativos (SCOREL, MOREIRA, 2012, p. 867).

<sup>48</sup>É de se registrar a atuação de entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), os sindicatos e conselhos de profissionais de saúde e a frente parlamentar pela saúde.

legítimos, estabelece a previsão da formação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. Os Conselhos de Saúde foram definidos como instrumentos legítimos de fiscalização das políticas, com papel e função deliberativa, além de representação dos trabalhadores, dos gestores, prestadores e usuários do Sistema Único de Saúde. Os Conselhos podem instituir Câmara Técnicas, Grupos de Trabalho ou Comissões que auxiliarão o monitoramento, a fiscalização e a execução das ações de saúde nas três esferas de governo. Ainda que não sejam as únicas modalidades de participação na política de saúde, são as formas obrigatórias (SCOREL, MOREIRA, 2012, p. 871) e mais difundidas<sup>49</sup>, por serem condição para a transferência de recursos

A democracia sanitária encontra as conferências, os conselhos e os fundos de saúde como instituições de funcionamento; nada obstante, como pontuado, há também as Comissões Intergestores Bipartites e as Comissões Intergestores Tripartites. Além destes, há também instâncias que promovem a democracia e participação como as ouvidorias, as consultas públicas convocadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS), também pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e outras instâncias do Ministério da Saúde.

Em relação aos Conselhos de Saúde, a Lei 8.142/1990 estabelece sua presença nos três níveis federativos, conceituando-os, de acordo com os parágrafos de seu primeiro artigo, como órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, que atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, incluindo os aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões passarão pela homologação do chefe do poder constituído legalmente em cada esfera de governo.

Inicialmente, a legislação não estabeleceu os termos da paridade de representação exata, tendo sido regulamentada em 1992 pela resolução 33 e ratificada pela resolução 333 de 2003 e as recomendações das 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde (SCOREL, MOREIRA, 2012, p. 873). Ficou estabelecido que 50% seriam compostos pelos usuários, 25% dos trabalhadores de saúde e os demais 25% formados por gestores e prestadores de serviço.

Os Conselhos de Saúde fazem parte dos conselhos gestores de políticas públicas trazidos pela Constituição Federal de 1988. Aparecem como grande inovação em termos de políticas públicas por serem o espaço de mediação entre Estado e cidadania. Desta feita, os Conselhos de Saúde apresentam possibilidades amplas de controle social, quebra do histórico

---

<sup>49</sup> Sobre alguns dados sobre existência e difusão dos conselhos de saúde, ver: AVRITZER (2006) e a plataforma SIACS: < [http://conselho.saude.gov.br/web\\_siacs/demonstrativo.html](http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/demonstrativo.html) >.

clientelismo e geração de aprendizagem do exercício do poder político, ao funcionarem como instâncias de poder, conflito e de negociação<sup>50</sup>.

As Conferências de Saúde, por sua vez, foram institucionalizadas com a função de promover a troca de informações que propiciaria ao governo federal conhecer as demandas locais e regionais, possibilitando melhor gestão dos recursos financeiros. Segundo a legislação, o fluxo decisório passará pelas recomendações das conferências, que farão propostas de diretrizes para a formulação das políticas públicas, tendo em conta a avaliação da situação da saúde; ato contínuo, aos conselhos caberia formular estratégias e controlar a execução das políticas; por fim, as instâncias executivas – Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de Saúde – implementam as políticas e se responsabilizam por homologar as decisões deliberativas dos conselhos (ESCOREL, MOREIRA 2012, p. 876-877).

Na Lei 8.142/1990, há previsão de que as conferências acontecerão de quatro em quatro anos. A paridade de representação aparece de maneira vaga se comparada aos Conselhos; entretanto, a norma legal requer que a representação de usuários seja paritária em relação aos demais grupos (BRASIL, 1990b; ESCOREL, MOREIRA, 2012, p. 876). As Conferências serão autoregulamentadas, com suas diretrizes exaradas pelo Conselho Nacional de Saúde. A Conferência Nacional deve ser precedida pelas Conferências municipais e pelas Conferências estaduais.

Embora as Conferências de Saúde não tenham caráter deliberativo, sendo mais um instrumento para registro das demandas sociais, é inegável que esses fóruns têm logrado resultados como a municipalização a partir da 9ª Conferência Nacional e o fortalecimento dos conselhos como instância de controle, a partir da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Em outras palavras, é preciso registrar a importância das Conferências de Saúde para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, sendo a instância do início da formulação de normas e regulamentos, conferindo legitimidade necessária para as políticas de saúde. Além disso, as Conferências de Saúde constituíram e constituem uma arena democrática modelo para outras áreas (ESCOREL, MOREIRA, 2012, p. 877).

---

<sup>50</sup> São variados os estudos sobre conselhos de saúde. Para informações e análises sobre os conselhos de saúde, ver, por exemplo, RIBEIRO (1997); LABRA, FIGUEIREDO (2002); CORTES (2002); SALIBA, et.al (2009); POGREBINSCHI, SANTOS (2011); JORGE, VENTURA (2012); SHIMIZU, et.al. (2012); COSTA, VIEIRA (2013).

Além desses canais institucionais, cada uma das políticas de equidade para os grupos já assinalados possuem também marcos diretivos importantes para a representação de suas demandas nos canais institucionais de participação.

Em relação ao controle social no âmbito da Política Nacional de Saúde voltada para a população LGBT, há alguns marcos importantes, como: a) a constituição do Comitê Técnico de Saúde da População GLBT, em 2004, com o objetivo de construir uma política específica para o SUS. A partir da aprovação e publicação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, em 2011, esse Comitê foi redefinido por meio da Portaria nº 2.837, de 1º de dezembro de 2011, passando a ser denominado Comitê Técnico de Saúde Integral LGBT; b) a inclusão de representação de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 2006; c) a inclusão da orientação sexual e identidade de gênero na análise de Determinantes Sociais de Saúde por meio de deliberação aprovada na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2007; d) a Criação da Comissão Intersetorial de Saúde da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CISPLGBT) no CNS, por meio da Resolução nº 410, de 12 de fevereiro de 2009 e a reestruturação dessa Comissão pela Resolução nº 470, de 07 de agosto de 2013; e) a criação dos Comitês Técnicos Estaduais de Equidade em Saúde, com representação LGBT, nos estados do Rio Grande do Norte, Sergipe, Piauí, Espírito Santo, Mato Grosso e Maranhão; f) a criação dos Comitês Técnicos Estaduais de Saúde LGBT nos estados de Pernambuco, Goiás, Paraíba, Paraná, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Bahia e Pará.

A Participação Social da População em Situação de Rua consta no Plano Operativo construído para este grupo<sup>51</sup>. Alguns espaços institucionais importantes para a consecução deste eixo são: (a) o Conselho Nacional de Saúde onde, desde 2013, o Movimento de Pessoas em Situação de Rua possui representação; e (b) os Comitês de Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, espaços técnicos, de caráter consultivo, que auxiliam a gestão do SUS para formulação e implementação de políticas públicas. Esses comitês podem ser formados com a participação de atores da esfera federal, estadual e municipal, bem como por entidades e movimentos sociais e, igualmente importantes, os Comitês Técnicos de Saúde da População em Situação de Rua<sup>52</sup>.

---

<sup>51</sup>O plano pode ser acessado em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/agosto/17/plano-operativo-poprua.pdf>. Acesso em 02 de Outubro de 2017

<sup>52</sup>Hoje, segundo o Portal Saúde, estão presentes em Goiânia, estado de Goiás, estado da Bahia, Curitiba e Rio Grande do Sul.

O Plano Nacional de Política de Saúde para a População Negra também priorizou estratégias para este segmento que tivessem como norte a gestão compartilhada e a participação social na sua construção e implementação, procurando construir uma rede de diálogo com os movimentos sociais e os conselhos de saúde, a fim de reconhecer o protagonismo desses atores e reforçar a necessidade de retratar as demandas da população negra.

Quanto à população cigana, ainda é incipiente o modo de interação entre representantes dos ciganos e servidores das estruturas institucionais do Sistema Único de Saúde, principalmente em relação aos Conselhos. Como afirma a Cartilha sobre a Política Nacional para o Povo Cigano (BRASIL, 2016, p. 29), é necessário estabelecer os meios para a participação e para a cooperação da representação cigana e das organizações da sociedade civil que atuam na promoção e defesa dos direitos dos povos ciganos, a fim de que sejam elaborados e executados projetos para melhorar as condições de vida e de nível de saúde física e mental dos ciganos.

O que se percebe, portanto, é que do ponto de vista da estrutura e da oferta de possibilidades de representação e participação, o sistema é pensado de maneira articulada, com intenção de permitir o efetivo controle social e a contribuição popular na formulação das políticas de saúde. Entretanto, a democracia e o controle social não nascem apenas da lei, sendo preciso que as pessoas saibam como utilizar esses institutos e canais para melhor desenvolvimento e aperfeiçoamento. Assim, projetos como o PoloSUS, que buscam a capacitação da cidadania para esses vetores, ganham elevada importância, principalmente se considerarmos o desenho imbricado de nosso sistema federativo descentralizado.

#### 2.1.3.5. Princípio da descentralização

O princípio da descentralização acaba por abarcar em si os (sub)princípios da direção única, da regionalização e da hierarquização da rede de serviços de saúde. A descentralização pensada constitucionalmente e nas legislações dos anos de 1990, embora mantendo a ideia de comando único, redefiniu as responsabilidades entre os entes federativos, atribuindo importância aos executivos municipais e estaduais na política de saúde (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 368), pauta que cresceu com as lutas históricas desde o fim dos anos de 1970 e sedimentada nos anos de 1980. O fortalecimento dos municípios e estados decorreu do municipalismo, que se fortaleceu como alternativa ao grau excessivo de centralização que

caracterizava o regime militar (WAGNER, 2005), tendo sido uma das forças que contribuiu no período de luta pela redemocratização do país. O municipalismo advogava que a descentralização poderia contribuir, no nível local, para a democratização, a eficiência, a efetividade e a responsividade (*accountability*) quanto às contas públicas e ao desenvolvimento das políticas públicas.

Nada obstante, é preciso assinalar que o tema da descentralização é controverso<sup>53</sup> teórica e politicamente, podendo ser considerado como um “camaleão político” (TOBAR, 1991 *apud* GUINMARÃES, 2002, p. 2) por diversos setores e grupos defenderem sua aplicação pelos mais variados motivos. Por exemplo, o projeto da reforma sanitária defendia a descentralização em uma conjuntura de redemocratização do país, como uma estratégia que aproximasse os serviços de saúde às necessidades dos cidadãos, de forma a ampliar os espaços democráticos, a participação social e o poder local. De outro lado, o projeto de reforma do Estado defendia a descentralização como estratégia de modernização da administração pública para reduzir o papel do Estado através da corresponsabilidade com a sociedade e o mercado (ARRETCHE, 1996; SPEDO, TANAKA, PINTO, 2009, p. 1782).

O caráter multifacetado do tema também aparece nas perspectivas de otimismo ou ceticismo que colorem o debate sobre a descentralização. A perspectiva otimista criada sobre a descentralização, nos anos de 1980, estabelece como um consenso que as formas de descentralização dos serviços públicos conduziram, por definição, à democratização já por si, fortalecendo e consolidando a democracia; essa perspectiva defende que a descentralização da prestação dos serviços públicos seria mais eficiente, conseqüentemente elevando o nível geral de bem-estar social, sendo desejáveis reformas estatais nesse sentido por trazerem justiça social, equidade, redução do clientelismo e desenvolvimento do controle social (ARRETCHE, 1996). Por espelho, desenhos institucionais que centralizassem os comandos passaram a ser lidos como não democráticos, ineficientes e pouco transparentes (ARRETCHE, 1996).

Atualmente, há uma segunda perspectiva, mais cética, em relação à eficiência e efeitos democratizantes que passaram já desde o fim dos anos de 1990 a ser chamados de “mitos” (ARRETCHE, 1996). Não se quer dizer com isso que a descentralização não possa realizar as expectativas delineadas pela primeira perspectiva, mas que essas expectativas não são um resultado necessariamente automático da implementação da descentralização (ARRETCHE, 1996). Conforme aponta Marta Arretche (1996), a democratização e o controle social

---

<sup>53</sup> Para um balanço geral do debate sobre a descentralização na execução de políticas públicas, principalmente em relação à Saúde, ver ARRETCHE (1996), GUINMARÃES (2002), WAGNER (2005), SPEDO, TANAKA, PINTO (2009).

dependerão das instituições concretas que cuidarão da implementação da descentralização. Nesse cenário, Gastão Wagner (2005, p. 14) afirma que “delega-se ao município a responsabilidade por garantir atenção universal, entretanto, há grande grau de arbítrio sobre o financiamento e apoio que Ministério e Secretarias de Estado darão a cada sistema local”.

Com efeito, a descentralização também pode favorecer a atuação do sistema ao levarmos em conta que em um território tão grande como o do Brasil, os problemas de saúde não são uniformemente distribuídos na população, no tempo e no próprio território, de modo que requer o uso de tecnologia em níveis variados de complexidade e custos. Isso demanda que o SUS organize uma rede de atenção diversificada na saúde, gerando aumento de responsabilidade para os municípios na mesma medida em que possibilita que esses municípios participem da construção e implementação da política de saúde, merecendo que recebam os apoios técnicos e financeiros devidos e necessários (WAGNER, 2005, p. 11), já que, concretamente, “foram constituídos sistemas municipais de saúde, com distintos potenciais resolutivos, atomizados e desarticulados, independentemente da capacidade de governo dos municípios para assumir esse papel” (SPEDO, TANAKA, PINTO, 2009, p. 1781).

Aparece com importância o entendimento sobre a rede de atenção que é compreendida como um conjunto de diferentes estabelecimentos com variadas funções e perfis de atendimento, que atuam de maneira articulada e ordenada pelo território, atendendo as necessidades de saúde da população. É possível que o mesmo sistema tenha diversas redes de atenção, no caso de existirem diversas ações desenvolvidas, dos tipos de casos atendidos e das maneiras como são prestados e articulados os serviços e as ações em saúde (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 369).

Para o ótimo funcionamento deste sistema em um país de dimensão continental como o Brasil, é necessário que haja planejamento quanto à distribuição das ações e serviços levando em consideração os níveis necessários de atenção, com a hierarquização dos serviços, portanto. Também deve-se planejar essa distribuição dos níveis necessários de atenção de acordo com as necessidades diferenciadas de saúde e as especificidades das dinâmicas territoriais, efetivando a regionalização do Sistema Único de Saúde.

Pensados por essa lógica, os serviços de atenção básica deveriam se fazer presentes na maior porção possível do território nacional, enquanto os serviços especializados se efetivariam de maneira mais concentrada. Nas palavras de José Carlos Noronha, Luciana Dias de Lima e Cristiani Vieira Machado (2012, p. 369):

[a] regionalização e a hierarquização exigem que os usuários sejam encaminhados para unidades especializadas quando necessário e que possam retornar à sua unidade básica de origem para acompanhamento (mecanismo de referência e contrarreferência). Isso implica um fluxo adequado de informações entre as unidades que compõem o sistema, sejam elas hospitais, postos de saúde, unidades públicas ou privadas credenciadas ao SUS, situadas em diferentes municípios ou estados. A articulação de diferentes gestores para promover a integração da rede de serviços do SUS que transcenda o espaço político-administrativo de um município ou estado é uma questão bastante complexa e esbarra em uma série de dificuldades políticas e operacionais.

A abrangência das ações e serviços com previsão pelo SUS impacta diretamente na amplitude das determinações legais quanto à atuação do estado na saúde. O desenvolvimento do conceito ampliado de saúde iniciado pelo Movimento Sanitário reverbera aqui, de modo que além de organizar a rede de atenção à saúde, cabe ao aparato estatal executar as ações de vigilância sanitária, controle de epidemiologia, fiscalização da saúde do trabalhador, ordenar os recursos humanos para a saúde e participar na produção de insumos para a política de saúde em cruzamento com outras políticas como saneamento básico, fiscalização de produtos e proteção ao meio ambiente (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012).

Dessa maneira, é possível perceber a atuação da política de saúde de maneira intersetorial; atentando para que as políticas sociais e econômicas estejam voltadas para a eliminação ou, ao menos, redução de riscos para a saúde. Com efeito, a integração das políticas de saúde com as demais políticas públicas faz-se primordial para que as atuações sejam efetivas. Consequentemente, depreende-se a importância da atuação coordenada das três esferas de governo para organização e eficácia do SUS política e territorialmente.

Como dito, a ideia de comando único foi constitucionalizada e regulamentada nas legislações infraconstitucionais. Pelo comando único, entende-se que se deve buscar em cada esfera de governo garantir a observância de um princípio comum a todo sistema federativo na gestão da política de saúde, isto é, a autonomia relativa dos governos na elaboração de suas políticas locais (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 368-369). Então, se no âmbito das políticas municipais e estaduais, as secretarias municipais e estaduais elaboram, respectivamente em suas esferas, os planos, o Ministério da Saúde elabora os planos de políticas de saúde em âmbito nacional.

A Lei 8.080/1990 (1990a) definiu as atribuições de cada esfera de governo quanto ao desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo. Apesar das tentativas históricas de tratar a saúde pelo aspecto técnico como pontuamos em linhas anteriores, tem-se que os gestores no SUS atuam em um sistema que imbrica aspectos políticos e aspectos

técnicos. Politicamente, os gestores dialogam com representantes dos movimentos e organizações sociais em diferentes espaços de negociação e decisão. Ademais, em um sistema republicano e democrático como o brasileiro, e o desenho institucional construído para a saúde, incentivam, e exigem, a interação do gestor com outros poderes (legislativo e judiciário), com outros espaços de deliberação e representação, e junto à sociedade civil organizada (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 372).

No âmbito do Sistema Único de Saúde, as instâncias de negociação e decisórias envolvem a participação das diferentes esferas de governo e grupos de interesse da sociedade. Marcadamente, tem-se os Conselhos de Saúde, o Conselho de Representação dos Secretários de Saúde (Conselho Nacional, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos Estados), a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no âmbito da União, as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), no âmbito dos Estados<sup>54</sup>, e os colegiados de gestão regional (também conhecidos como comissões intergestores regionais). Todas essas esferas de deliberação e decisão “forçam” que a política de saúde não possa ser “meramente” técnica, necessitando de negociações compartilhadas para a realização de planos de ação e para a formulação e implementação dos planos organizativos desenhados.

Lado outro, mas imbricado como pontuado, a atuação técnica da gestão ocorre levando em conta as variáveis políticas, mas fundada em saberes e práticas de gestão essenciais para a implementação de políticas na área de saúde (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 372). Dentre as macrofunções gestoras que estão diretamente ligadas à atuação técnica, podemos listar em grandes grupos como a formulação de políticas e planejamento, financiamento, regulação, e prestação direta de ações e serviços de saúde.

Cada uma das funções é desempenhada de maneira diferenciada por cada uma das esferas de governo, dependendo das legislações que regem suas organizações. No contexto da macrofunção de formulação e planejamento de políticas, estão incluídas atividades de diagnósticos das necessidades de saúde, identificação de prioridades e diretrizes de ação, a elaboração de estratégias e planos de intervenção, articulação com outros atores e mobilização de recursos para a realização das políticas.

A macrofunção do financiamento está relacionada com a alocação da receita tributária, a elaboração e execução dos orçamentos públicos em relação à saúde, a constituição de

---

<sup>54</sup> O Decreto nº 7508/2011 regulamenta a organização do SUS, previsto na Lei 8080/1990. O Decreto está disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acesso em 16 de janeiro de 2018

fundos específicos para transferências, recebimento e utilização das receitas tributárias, bem como o ato de prestar contas.

A regulamentação lida com a proposição de normas técnicas e procedimentos para os serviços de saúde, coordenando, controlando e avaliando as atividades realizadas no setor de saúde. Já a prestação direta de serviços abrange os procedimentos técnicos e administrativos vinculados à execução de ações que promovam e previnam as doenças, assim como a realização de diagnósticos que levem ao tratamento e a reabilitação (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 373).

O desenho federativo estabelecido em 1988 para a saúde acaba por não delimitar espaços específicos de poder para cada ente gestor, de modo que há mistura de competências comuns e concorrentes com competências específicas dos entes.

O processo de descentralização em saúde predominante no Brasil, hoje, é do tipo político-administrativo. Envolve não apenas a transferência da gestão de serviços públicos, senão também o poder decisório, da responsabilidade sobre o conjunto de prestadores do SUS e de recursos financeiros – historicamente concentrados no nível federal – para estados e, principalmente, para os municípios. A repartição de competências é detalhada, no âmbito da saúde, através da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a), em que há aumento da importância das esferas municipais. Nesse cenário, é de se assinalar a especificidade da federação brasileira (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 382) que considera o município como um nível federativo autônomo. Se, de um lado, reconhece e estimula a proximidade da cidadania e governo no nível municipal, de outro, é preciso registrar que há 5570 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte, com limitadas condições para desenvolver todas as responsabilidades sobre as políticas públicas de sua atribuição.

Entretanto, a descentralização do SUS acaba por enfrentar o desafio das dificuldades institucionais de financiamento e estruturais. As características do sistema descentralizado acontecem de maneira heterogênea ao longo do território, portanto. O nível de assimetria é espelhado de acordo com a capacidade financeira, administrativa e operacional<sup>55</sup>, bem com das distintas disposições políticas de prefeitos e governadores. Nesse sentido, embora demande uma “virada” na cultura organizacional brasileira (WAGNER, 2005), parcerias entre entes federativos entre si e/ou com outros organismos e instituições parecem ser um caminho

---

<sup>55</sup>A heterogeneidade aparece também na miríade de normas “secundárias” que perfazem os desenhos locais e regionais de competências, como portarias e resoluções. Para além disso, há ainda disparidades, por assim dizer, quanto ao apoio e capacitação técnica dos gestores estaduais e municipais, divulgação de propostas e instrumentos técnicos de gestão, capacitação de recursos humanos, controle e avaliação do sistema, serviços, práticas, financiamento de pesquisas, etc. (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 384).

bastante razoável para tornar mais eficiente a prestação de serviços e realização das políticas públicas, como o combinado entre a SGEP e a UFJF.

A partir dessas informações, é possível estabelecer, de maneira geral, que os três gestores participam do planejamento dos sistemas de serviços e da formulação das políticas de saúde; os três gestores são responsáveis pelo financiamento e pela realização de investimentos voltados para reduzir as desigualdades, bem como por realizar, controlar e avaliar os sistemas de ação em suas respectivas esferas de responsabilidades.

Os gestores federais atuam no Ministério da Saúde. Os gestores estaduais possuem como principais responsabilidades o planejamento do sistema estadual regionalizado (envolvendo mais de um município) e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira dos municípios, em clara obediência ao inciso XI do artigo 7º da Lei 8.080/1990. Aos gestores municipais, por sua vez, cabe a gestão do sistema de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde e a regulação dos prestadores privados do sistema. Os estados e o Ministério da Saúde executam serviços públicos de saúde em caráter temporário e/ou em circunstâncias específicas e justificadas, de maneira limitada e especial (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p. 374).

## **2.2. A estrutura resumida do ministério da saúde, a SGEPe a política de gestão estratégica e participativa do SUS**

Nada obstante, como é mantida a ideia de comando único, vale a pena descrever um pouco mais a estrutura do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde é um órgão vinculado ao Poder Executivo Federal, possuindo a finalidade de oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, buscando o controle das doenças endêmicas e parasitárias, bem como melhorando a vigilância à saúde, dando, desta maneira, mais qualidade de vida aos brasileiros e às brasileiras. As principais responsabilidades do Ministério da Saúde são a normatização e a coordenação geral do sistema no âmbito nacional, que é auxiliado em parceria com os Estados e Municípios; devendo o Ministério da Saúde deve oferecer cooperação técnica e financeira com os municípios (NORONHA, LIMA, MACHADO, 2012, p.374). O desafio do Ministério é garantir o direito dos cidadãos e cidadãs ao atendimento à saúde, com condições para que este acesso seja realmente universal, independente das condições sociais de cada um.

Os assuntos tratados pelo Ministério referem-se à Política Nacional de Saúde; Coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde; Saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios; Informações de saúde; Insumos críticos para a saúde; Ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e portos marítimos, fluviais e aéreos; Vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos; Pesquisa científica e tecnologia na área de saúde.

Na estrutura do Ministério, há, atualmente, sete secretarias<sup>56</sup>: Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE); Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Secretaria Executiva (SE); Gestão Estratégica e Participativa – SGEp; Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (SGTES); Secretaria Especial de Saúde Índigena (SESAI) e a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa é a mais relevante para a nossa investigação, tendo sido através do Departamento de Gestão Estratégica e Participativa que houve a formulação da parceria entre o Ministério da Saúde a Universidade Federal de Juiz de Fora para a realização do PoloSUS. Com efeito, esta Secretaria foi criada em 2003 como um dos meios do Ministério da Saúde aperfeiçoar a gestão democrática da saúde, baseando-se na atribuição principal de apoiar instâncias como os conselhos e conferências de saúde (ESCOREL, MOREIRA, 2012, p. 871-872).

Assim, a Secretaria possui como funções fomentar, implementar e coordenar ações de auditoria, ouvidoria, segurança e gestão da informação e promoção da equidade, visando a qualificação e o fortalecimento da gestão estratégica e participativa e do controle social no SUS. Cabe à SGEp propor, apoiar e acompanhar os mecanismos constituídos de participação popular e de controle social, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde e a responsabilidade de ouvir, analisar e encaminhar as demandas dos usuários, por meio da Ouvidoria Geral do SUS e por meio das ações de auditoria, contribuir para a alocação e a utilização adequada dos recursos públicos, visando à garantia do acesso e qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos. Cabe-lhe<sup>57</sup>, especificamente, formular políticas de gestão, democrática e participativa do Sistema Único de Saúde; promover a participação e a mobilização social pelo direito à saúde e em defesa do SUS; participar da articulação das

---

<sup>56</sup>A organização das Secretarias e suas respectivas competências estão delineadas no Decreto 8901, de 10 de novembro de 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/decreto/d8901.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8901.htm). Acesso em 28 de setembro de 2017

<sup>57</sup>As competências são atualmente delineadas pelo artigo 37 do Decreto 8901 de 10 de novembro de 2016.

ações do Ministério da Saúde, referentes à gestão estratégica, democrática e participativa, junto aos setores governamentais e não governamentais relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde; fortalecer o controle social no âmbito do SUS; promover políticas de equidade em saúde; promover a capacitação de conselheiros, lideranças sociais, gestores e trabalhadores para a gestão estratégica, democrática e participativa no âmbito do SUS; formular a política de ouvidoria do SUS, promovendo a sua implementação descentralizada e a cooperação com entidades de defesa de direitos humanos e do cidadão; prestar serviços de ouvidoria do SUS e do Ministério da Saúde; auditar as ações e os serviços de saúde e a regularidade da aplicação dos recursos federais; promover o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria do SUS; promover e fomentar estudos, pesquisas e publicações que contribuam para o desenvolvimento do SUS, inclusive por meio de acordos de cooperação com entidades governamentais e não governamentais; e realizar a articulação e a promoção da cooperação internacional para intercâmbio de conhecimentos no âmbito da gestão estratégica, democrática e participativa do SUS.

O principal produto desta secretaria<sup>58</sup> ainda é a elaboração da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), promulgada pela portaria ministerial 3.207/2007, cujo lançamento se deu em 2007, que contou com consulta pública, aprovação e pactuação no colegiado do Ministério da Saúde, no Conselho Nacional de Saúde e na Comissão Intergestores Tripartite.

O ParticipaSUS possui quatro componentes: (1) Gestão Participativa e o Controle Social no SUS; (2) Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS; (3) Ouvidoria e (4) Auditoria. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) é o órgão responsável pela coordenação desta política, estando em sua esfera de responsabilidades apoiar os municípios, estados e Distrito Federal na elaboração dos respectivos componentes da política; apoiar os conselhos estaduais e municipais de saúde; apoiar nas esferas administrativa e financeira a Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde; promover, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, a realização das conferências nacionais de saúde e colaborar na organização das demais conferências dos outros entes federativos, com apoio técnico e financeiro.

Com efeito, o ParticipaSUS se baseia nos princípios dissertados anteriormente, valorizando os mecanismos de participação popular e de controle social, especialmente buscando consolidar a atuação dos conselhos de saúde e a realização das conferências de

---

<sup>58</sup> No capítulo 3, tratamos um pouco mais sobre a origem, criação, objetivos e funcionamento da SGEP.

saúde. Neste contexto, há também a busca pela promoção da inclusão social de populações específicas, de modo a tornar efetivo o princípio do acesso equitativo à saúde.

A idéia subjacente ao ParticipaSUS é justamente a formulação, deliberação e fiscalização conjunta, principalmente por parte da população, da gestão e execução dos serviços pertinentes ao SUS. Disso decorre a importância dos processos de educação popular em saúde e a reconstrução do significado da educação em saúde. Esse processo de educação em saúde precisa concatenar as contribuições dos movimentos sociais, entidades formadoras como as universidades e ONGs, a fim de fortalecer e ampliar a participação social, fazendo da população detentora do protagonismo na formulação da saúde, sedimentando a cidadania. Desta maneira, projetos como o PoloSUS que capacitam lideranças sociais, conselheiros, entidades de classe e movimentos populares que buscam se articular, reafirmam seu lugar de importância nessa política<sup>59</sup>.

### **2.3. Conclusões do capítulo**

O capítulo 2 cuidou de apresentar a importância da trajetória institucional brasileira, consubstanciada a partir dos momentos da redemocratização e (re)constitucionalização pelos quais passou o Brasil, sobretudo pelo desenho institucional em relação ao direito da saúde, que evoluiu de uma cidadania regulada, como assinalava Wanderley Guilherme dos Santos (1979)<sup>60</sup>, para um direito garantido à cidadania universal. Ao ser constitucionalizado, esse direito universal fica resguardado como verdadeiro bem jurídico fundamental, direito humano que de fato é. Dado o fato de termos uma constituição rígida, a fruição desse direito fica resguardada, ao menos em boa parte e em seu cerne, das maiorias de ocasião.

O capítulo também buscou demonstrar o quanto o Brasil incorpora novos instrumentos de representação e participação, em especial no sistema de saúde. O SUS foi apresentando em suas feições estruturais, institucionais e principiológicas. Pontuamos a equidade e as políticas especialmente direcionadas para grupos considerados em situação de vulnerabilidade, focando naquelas que tiveram especial importância para o Projeto PoloSUS, dado a condição de ser nosso objeto de investigação; a integralidade, a descentralização e a participação e o controle

---

<sup>59</sup> Mais detalhes sobre a Política de Gestão Estratégica e Participativa no âmbito do SUS podem ser encontrados em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf)>. Acesso em 16 de maio de 2018

<sup>60</sup> Isto é, a assistência se limitava aos trabalhadores inseridos na esfera formal de trabalho assalariado, organizados nos sindicatos; em outras palavras, eram considerados cidadãos apenas aqueles que laboravam em ocupações reconhecidas e definidas em lei. Todo o aparato de assistência médica e previdência social estava radicado no Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. Nessa cidadania regulada, portanto, estavam excluídos os desempregados, subempregados e os trabalhadores rurais.

social, com seus canais e instrumentos de realização como os conselhos e conferências. O SUS pode ser percebido como um sistema complexo, o que denota a importância de projetos como o PoloSUS. Pontuamos, por fim, a estrutura do Ministério da Saúde, dissertando algumas linhas sobre a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa e o ParticipaSUS.

Portanto, dado o grau crescente de complexidade e institucionalização do Sistema Único de Saúde, aliado à descentralização progressiva das responsabilidades de execução das ações e pelo uso dos recursos financeiros, que colocam os municípios como atores importantes na execução e (in)sucesso da política de saúde, é extremamente importante que sejam desenvolvidos mecanismos para a efetiva participação social na gestão da saúde, com projetos que atuem na educação continuada em saúde, que mobilizem os diferentes sujeitos relacionados ao SUS, fortalecendo a cidadania plena. Essas questões são retomadas nos capítulos seguintes, quando realizaremos o estudo de caso sobre o PoloSUS, a partir dos vetores, dimensões e fases de políticas apontadas no capítulo 1.

No capítulo seguinte passamos a falar sobre o Projeto do PoloSUS, com a apresentação da entrada e realização da agenda da participação e controle social no âmbito do SUS, bem como apontando a formulação do Projeto objeto de nossa análise, apontando as tomadas de decisão, e o início de sua implementação.

## **CAPÍTULO 3 – ANALISANDO O POLO SUS: A AGENDA DO CONTROLE SOCIAL NO ÂMBITO DO SUS, A FORMULAÇÃO DO PROJETO E A IMPLEMENTAÇÃO**

### **Introdução**

O capítulo 3 inaugura efetivamente a análise do Projeto Polo SUS ao pontuar e discutir a consolidação da agenda do controle social no âmbito do SUS, o desenho da formulação do Projeto e o início de sua implementação.

O capítulo inicia com o reforço da construção da participação social pelo que chamamos de tripé normativo do SUS, que possibilitou a existência de uma Secretaria de Gestão Participativa no Ministério da Saúde, consolidando a agência de participação e controle social no sistema de saúde. Em seguida, buscamos mapear as demandas desta Secretaria, os tipos de projetos apoiados e realizados para resolver essas demandas.

O passo seguinte é começar a pontuar o caminho percorrido pela formulação do Projeto PoloSUS até sua implementação. Analisamos como foi a confluência e o encontro entre a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS) e a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), a formação da equipe técnico-executora do projeto, o delineamento da estratégia de contato com os municípios, o planejamento das fases do projeto (diagnóstico participativo, capacitações e plataforma virtual). Assim, já nesse capítulo, os incentivos, desafios, dilemas e reflexões são apresentados.

### **3.1. A entrada do tema na agenda governamental: a agenda do controle social no âmbito do sus, a secretaria de gestão participativa e (algumas) experiências exitosas**

A agenda governamental é o conjunto de questões sobre as quais o governo e as pessoas e grupos em torno do governo se debruçam com atenção (KINGDON, 2014, p. 3). A formação e a implementação de uma agenda e das políticas que a executam passam por movimentos de causa e efeito, por relações, por contextos. Isso ganha relevância a partir da distinção realizada por Kingdon entre a agenda em sentido amplo e a agenda governamental. Conforme explica o autor, a agenda em sentido amplo, por assim dizer, é a lista de assuntos ou problemas aos quais os funcionários do governo e as pessoas que circundam o governo estão prestando atenção em qualquer momento, isto é, são aqueles assuntos que estão no campo de deliberação por parte dessas pessoas e do governo. Deste conjunto, surgem

determinados assuntos que são levados mais em consideração que outros; aquele primeiro conjunto global e amplo é refinado para um conjunto mais restrito de atenção, este é o processo de definição da agenda governamental. A agenda governamental é, portanto, a lista de assuntos que estão recebendo atenção prioritária por parte dos agentes governamentais e seus parceiros (KINGDON, 2014, p. 3). Definida a agenda governamental passa-se para um conjunto ainda mais restrito: a agenda de decisão, aqueles assuntos que contam com ações efetivas por parte do governo e seus parceiros para que as questões sejam resolvidas (KINGDON, 2014, p. 4).

Tendo isso em perspectiva, objetiva-se pontuar como o Projeto PoloSUS foi construído e implementado. Como visto em capítulos anteriores, o tripé normativo constituído pela Constituição Federal de 1988, a Lei 8080 e a Lei 8192, ambas do ano de 1990, sedimentou institucionalmente a agenda de participação e controle social no âmbito do SUS. A previsão constitucional aliada ao detalhamento das legislações infraconstitucionais fez com que a Saúde, o controle social e a participação popular fossem compreendidos como assuntos públicos, condição essencial para que tenha atenção da sociedade (FUKS, 2000, p. 80); além disso, há mecanismos de incentivo relevantes, como a previsão de que as transferências de recursos da União para Estados e Municípios estão condicionadas pelo funcionamento dos Conselhos estaduais e municipais de saúde (art. 4º, Lei 8080/1990), que geram a necessidade da participação e controle social estarem na agenda de decisão do governo, já que a implantação e funcionamento dos conselhos é condição de procedibilidade para a transferência de recursos para os municípios.

Desde então, a administração federal enfrenta o desafio de gerir a Saúde da maneira mais eficiente, eficaz e efetiva. O desafio se intensifica a partir da crescente complexidade da institucionalização do SUS, somada à descentralização da execução de ações em saúde, sendo necessário organizar formas e mecanismos que melhore a gestão e amplifique a participação pública. É nesse cenário que em 2003 é constituída a Secretaria de Gestão Participativa, que foi reformulada em 2006, passando a ser chamada de Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), que auxiliaria na sedimentação da democratização da gestão do SUS, com foco na educação popular em saúde.

Neste ínterim, a Secretaria possui como funções fomentar, implementar e coordenar ações de auditoria, ouvidoria, segurança e gestão da informação e promoção da equidade, visando a qualificação e o fortalecimento da gestão estratégica e participativa e do controle social no SUS. Cabe à SGEP propor, apoiar e acompanhar os mecanismos constituídos de

participação popular e de controle social, especialmente os Conselhos e as Conferências de Saúde e a responsabilidade de ouvir, analisar e encaminhar as demandas dos usuários, por meio da Ouvidoria Geral do SUS e por meio das ações de auditoria, contribuir para a alocação e a utilização adequada dos recursos públicos, visando à garantia do acesso e qualidade da atenção à saúde oferecida aos cidadãos.

Cabe-lhe<sup>61</sup>, especificamente, formular políticas de gestão, democrática e participativa do Sistema Único de Saúde; promover a participação e a mobilização social pelo direito à saúde e em defesa do SUS; participar da articulação das ações do Ministério da Saúde, referentes à gestão estratégica, democrática e participativa, junto aos setores governamentais e não governamentais relacionados com os condicionantes e determinantes da saúde; fortalecer o controle social no âmbito do SUS; promover políticas de equidade em saúde; promover a capacitação de conselheiros, lideranças sociais, gestores e trabalhadores para a gestão estratégica, democrática e participativa no âmbito do SUS; formular a política de ouvidoria do SUS, promovendo a sua implementação descentralizada e a cooperação com entidades de defesa de direitos humanos e do cidadão; prestar serviços de ouvidoria do SUS e do Ministério da Saúde; auditar as ações e os serviços de saúde e a regularidade da aplicação dos recursos federais; promover o fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria do SUS; promover e fomentar estudos, pesquisas e publicações que contribuam para o desenvolvimento do SUS, inclusive por meio de acordos de cooperação com entidades governamentais e não governamentais; e realizar a articulação e a promoção da cooperação internacional para intercâmbio de conhecimentos no âmbito da gestão estratégica, democrática e participativa do SUS.

Em relação à área de saúde, em decorrência do desenho apresentado, qualquer ação que seja implementada precisa seguir os princípios e diretrizes do SUS, com ênfase na universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular. Adicione-se a recomendação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS para que os municípios sejam valorizados como “lôcus de possibilidade da construção do modelo de atenção proposto para o SUS, configurando-se como espaço potencializador de redes da participação social de alta capilaridade” (BRASIL, 2009, p. 8). Tem-se demandas por ações de educação em saúde que possibilitem a ampliação da vocalização das necessidades da população, pois a integralidade e a humanização do SUS

---

<sup>61</sup>As competências são atualmente delimitadas pelo artigo 37 do Decreto 8901 de 10 de novembro de 2016.

requer a construção de espaços em que os usuários do Sistema possam se expressar de maneira autônoma, participando também diretamente das políticas estruturantes do SUS.

Dentro da concepção da SGEP, também há atenção para a diversidade, tanto para a diversidade das regiões do país quanto a diversidade de grupo, tornando efetivas as diretrizes e os princípios do SUS. Em relação à diversidade das regiões, levam-se em consideração as variadas dinâmicas sociais, políticas e culturais ao longo do amplo território do país, tornando fundamental a estratégia da descentralização e da racionalidade da hierarquização pactuada pelas três esferas de governo (BRASIL, 2009, p. 9).

A diversidade de grupos encontra na efetividade da equidade em saúde o canal para sua realização. A SGEP busca acolher as necessidades oriundas de diferentes grupos que buscam ações intersetoriais, citados no capítulo 2, desenvolvidas no âmbito de comitês técnicos que contam com representantes do governo e da sociedade civil. Como observa a Coordenadora Marta Mendes da Rocha, “existem as políticas setoriais da SGEP para cada uma das minorias. Para cada uma eles têm cartilhas informativas. Há objetivos e metas estipuladas para cada um desses grupos” (informação via entrevista).

A SGEP acaba por exigir a produção de idéias que, além do funcionamento das ouvidorias e conselhos, também auxiliem na melhoria da compreensão cidadã sobre a divulgação da prestação de contas e dos relatórios de gestão, aumentando a potência do controle social, acesso e transparência no SUS. Dentro dessa perspectiva, são determinados os departamentos da Secretaria: Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS e Departamento Nacional de Ouvidoria do SUS, que atuam de forma integrada. A SGEP é, portanto, uma estrutura do Ministério da Saúde que inovou os processos participativos e auxilia no aperfeiçoamento da democracia do Estado, cabendo à SGEP planejar ações que devem ser seguidas pelas três esferas de governo.

Desde a 8ª Conferência até a 12ª Conferência Nacional de Saúde, afirmou-se a necessidade de tornar efetivos os mecanismos de controle social existentes. A agenda de controle de social no âmbito da saúde passa por estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos diversos setores da sociedade organizada, apoiada e utilizando os meios legais à disposição, para que o controle social seja efetivado e fortalecido na formulação, regulação e execução das políticas públicas, sendo determinante nos rumos da construção do SUS (BRASIL, 2009, p.16). A consolidação e o fortalecimento passam, portanto, por garantir a efetiva implantação dos conselhos de saúde estaduais e municipais,

assegurando os recursos orçamentários próprios para isso; por consolidar o caráter deliberativo, fiscalizador e de gestão colegiada dos conselhos, mantendo a composição paritária entre usuários e gestores; pela reafirmação da participação popular e do controle social, com aperfeiçoamento das possibilidades de envolvimento dos movimentos sociais e de canais para que esses movimentos sociais e os usuários possam comunicar suas questões aos gestores do sistema.

Uma reflexão de fundo pode ser empreendida sobre a possibilidade de falarmos em agenda de Estado ou de governo em relação ao fortalecimento dos mecanismos de participação e capacitação para essa participação. Segundo os técnicos do Ministério da Saúde que acompanharam o PoloSUS, a agenda do fortalecimento e qualificação do controle social contou com iniciativas em governos anteriores, como o do ex-Presidente Fernando Henrique Cardoso – Fernando Eliotério afirma, em entrevista, que até participou de um curso de qualificação naquela gestão -, mas que entendem que as iniciativas foram intensificadas e mais incentivadas, do ponto de vista dos aportes financeiros, a partir do primeiro governo do ex-Presidente Luís Inácio Lula da Silva.

Esse entendimento também encontra guarida na literatura. Por exemplo, Thamy Pogrebinschi e Fabiano Santos (2011, p. 259) registram que o Brasil acompanhou a tendência de pensar e incorporar modelos de participação e deliberação, ao menos desde 1989. Nas palavras da Professora e do Professor, “[d]esde então, diversas práticas participativas, impulsionadas pela Constituição de 1988 e pelos governos democráticos que seguiram a ela – notadamente o governo Lula -, têm sido institucionalizadas de forma crescente no país” (POGREBINSCHI, SANTOS, 2011, p. 260). É nesse sentido que acreditamos ser possível dizer que há uma agenda pactuada sobre a participação em políticas públicas no novo momento constitucional, muito embora a intensificação dessa agenda possa ser mais bem enxergada a partir do governo Lula.

Sobre a intensidade, Thamy Pogrebinschi e Fabiano Santos (2011, p.262-264) afirmam que as conferências de políticas públicas passam a ser significativamente mais amplas, abrangentes, inclusivas e frequentes a partir de 2003, com o início do governo do ex-Presidente Lula. Os autores registram:

Tornam-se mais amplas as conferências nacionais por envolverem número cada vez maior de pessoas, seja participando diretamente como delegados na etapa nacional, seja indiretamente nas etapas estaduais, municipais ou regionais que a precedem, seja paralelamente nas chamadas conferências livres, seja virtualmente nas chamadas conferências virtuais. Tornam-se mais abrangentes por englobarem um número cada vez maior de temas, deixando de ser prática restrita à área da saúde, de

onde se originou o processo conferencial ainda na década de 1940, e às áreas de direitos humanos e assistência social, que vêm se institucionalizando progressivamente a partir da metade da década de 1990, para cobrir vasta pluralidade de novas áreas de políticas públicas. Passam estas a ser deliberadas por meio de mais de trinta áreas, separadas pelas peculiaridades de todos e unidas pela transversalidade de alguns. Tornam-se mais inclusivas, como consequência do aumento de sua amplitude e abrangência, por reunirem um conjunto cada vez mais diverso e heterogêneo de grupos sociais, sobretudo aqueles representativos da sociedade civil, distribuídos entre ONGs, movimentos sociais, sindicatos de trabalhadores, entidades empresariais e outras entidades, profissionais ou não. Tornam-se, por fim, mais frequentes as conferências nacionais por trazerem muitas vezes entre as suas diretrizes a demanda pela sua reprodução periódica, a qual encontra respaldo em políticas dos ministérios, secretarias, conselhos nacionais ou grupos de trabalho envolvidos na sua convocação e organização e, em alguns casos, na própria legislação, que assegura a periodicidade de algumas delas. (POBREBINSCHI, SANTOS, 2011, p. 262)

Seguindo em suas análises, Thamy Pogrebinski e Fabiano Santos (2011) também falam sobre a intensificação das características referentes a participação, deliberação, normatividade e representação. As conferências passam a ser abertas amplamente à participação social, sobretudo nas etapas municipais, com paridade de composição entre sociedade civil e governo; os participantes passam a deliberar e votar um documento final após debates livres e informados; esse documento passa a ser propositivo, com demandas construídas a partir de diversas estratégias de agregação de preferências dos participantes dessas conferências e a representação é garantida através da oportunidade que os grupos de trabalho possibilitam para debates a todos os envolvidos.

Então, a partir da intensificação do pacto institucional e da sedimentação dessa agenda, segundo Katia Souto (coordenadora e diretora da DAGEP e SGEP, entre 2011 a maio de 2016), a SGEP sempre buscou parcerias com outros órgãos públicos ou organizações da sociedade civil, como forma de colocar em prática os princípios do ParticipaSUS, além dessas parcerias serem instrumentos de possibilidade para que o Ministério da Saúde possua capilaridade em um território de dimensões continentais como o brasileiro. Segundo as informações de Katia Souto, essas parcerias são firmadas, via de regra, através de editais ou convênios<sup>62</sup>. Nada obstante, não há impeditivo para que entidades públicas e/ou privadas possam apresentar propostas e requerer aporte financeiro para realizar os objetivos da política

---

<sup>62</sup> Nas trocas de informações, via entrevista virtual, Katia Souto informou que na época que coordenava e dirigia a SGEP e DAGEP, esses dados sobre as parcerias estavam amplamente disponíveis no Portal de Transparência do Ministério da Saúde, mas que não sabia informar porque o caminho que ela nos deu não levava mais a tais informações. Desde a troca de governo, a partir do *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, alguns dados não constam mais do Portal. Durante a pesquisa tentamos reiteradamente encontrar esses dados sobre convênios, parcerias e seus respectivos repasses financeiros, inclusive enviando e-mails sucessivos para a SGEP requerendo relatórios sobre essas parcerias, inclusive relatórios de avaliação do PoloSUS, mas sem resposta, apesar de nossa insistência.

de gestão estratégica e participativa. A rigor, essa proposição foi o caso da UFJF. Além disso, Katia Souto informou que não apenas universidades participaram, mas também Secretarias Municipais e Secretarias Estaduais de saúde.

Fernando Eliotério cita alguns exemplos de entidades parceiras da SGEP em projetos similares ao PoloSUS: UFMG, UFRS, FioCruz, UFBA. Para homenagear e incentivar mais projetos em educação em saúde, o Ministério da Saúde criou o Prêmio Sérgio Arouca, que registra e premia iniciativas em educação popular em saúde, que focalizem os princípios do ParticipaSUS<sup>63</sup>. A partir do prêmio, listamos mais alguns exemplos dessas parcerias.

Tabela 1. Alguns projetos e parcerias para educação popular em saúde e gestão participativa apoiados pela SGEP/DAGEP

Nome do Projeto	Instituições envolvidas	Principais linhas da execução	Principais resultados
Programa de Educação Permanente	Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre; Conselhos Locais e Distritais de Saúde; Comissão de Educação Permanente em Saúde	Formalização de grupos de Trabalho permanentes. Constituição de uma Comissão Permanente. Contratação de Assessoria Contábil, Jurídica, Bibliotecária, Informática e Comunicação. Socialização de informações aos conselheiros; qualificação da tomada de decisões no âmbito do SUS;	Perenidade da Comissão de Educação Permanente; material didático com linguagem acessível, mesmo em face de conteúdos complexos, socializando informações e conhecimento. Aperfeiçoamento do raciocínio e formulação dos orçamentos em saúde em Porto Alegre. Reformatação da

<sup>63</sup> Criado em 2005, o prêmio homenageia o sanitarista Dr. Antonio Sergio da Silva Arouca, um dos líderes da Reforma Sanitária. Nossa lista é exemplificativa, não exauriente. As demais edições podem ser encontradas no site do Ministério da Saúde.

		aperfeiçoamento dos conhecimentos com ampliação do controle social	Comissão de Fiscalização. Intensificação do diálogo junto ao Ministério Público. Intersetorialidade e profusão da ação coletiva.
Processo de Reativação de Conselhos Locais de Saúde em Sobral/CE	Conselho Local de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral/CE; Secretaria da Saúde e Ação Social e da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.	Gerar aprendizagem ativa sobre gestão dos recursos do SUS. Escolha das lideranças através de escrutínio popular. Formação através de oficinas (10), de 4 horas.	Maior deliberação desses conselhos locais junto ao Conselho municipal. Pactuação de responsabilidades, cronogramas e orçamentos. Implementação de políticas que vão para além da saúde em sentido estrito, com iniciativas também de capacitação para o trabalho de jovens e mulheres.
Não houve título de projeto, mas se cuidou de interromper a política de implantação de hormônios em mulheres jovens em Porto Alegre/RS	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre; Conselho Municipal de Saúde; Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres; Rede Feminista de Saúde e	Discussão jurídica e biotética dos direitos reprodutivos de mulheres. Ampliar autonomia das mulheres. Proposição de política de direitos	Tornou públicas as irregularidades sobre a implantação de hormônios. Valorizou o conselho municipal de saúde como instância deliberativa, que

	suas filiadas	sexuais e reprodutivos.	publicou resolução contra o programa da prefeitura. Publicação da Câmara de Vereadores sobre a necessidade de um Plano Municipal de Planejamento Familiar. Participação da sociedade organizada, sobretudo a rede de mulheres.
Programa Voluntários do Controle Externo (Você)	Trbunal de Contas do Estado do Ceará; Idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde; Pastorais dos Idosos; SESC, ONGs, Casa Brasil; líderes comunitários	Mobilização da população idosa como informante do TCE sobre a prestação de serviços, alocação e execução de recursos na área de saúde. Capacitação dos idosos para auxiliar na gestão e fiscalização dos recursos do SUS.	Realização de Pactos de Ajustamento de conduta frente ao gestor público municipal. Atuação em 40 municípios. Há perspectiva (ou desejo) de alcance completo do estadual. Valorização do Idoso. Caráter multiplicador, dado o desejo de renovação dos ciclos de capacitação.

			Atuação da sociedade civil organizada, com ONGs, Pastorais, Associações que cuidam de idosos, SESC, etc, junto ao TCE em prol do SUS.
Projeto de Extensão Liga de Saúde da Família	Estudantes e Professores da área de saúde; Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; Articulação Nacional de Movimentos e Práticas em Educação Popular em Saúde (Aneps-CE)	Contexto de extensão, que busca a atuação da formação em saúde no cotidiano da vida das classes populares, criando projetos pedagógicos que congreguem o saber acadêmico ao saber popular. Gestão participativa no campo da formação. Inserção de estudantes de graduação na política de saúde da família.	Ganho em criticidade no olhar dos estudantes sobre os problemas de saúde. Construção comungada de conhecimento entre as classes populares e a universidade. Congregação entre ensino e serviço comunitário. Gestão compartilhada dos incentivos, avanços, desafios e dilemas da política de saúde da família
MobilizaSUS/BA	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; Grupo de Trabalho que articula Saúde, Educação e	Educação permanente com articuladores regionais e facilitadores	Até 2010, 202 municípios (48%), 16 microrregiões de saúde (43%) e 2.640 sujeitos estiveram

	<p>Ministério Público, através da representação do Conselho Estadual de Saúde – CES, Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – DGTES/Secretaria Estadual de Saúde – SESAB, Ministério Público da Bahia, e Secretaria da Educação do Estado da Bahia – SEC; Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA</p>	<p>municipais. Educação permanente com conselheiros municipais. Educação permanente, com cursos de capacitação, com lideranças comunitárias.</p>	<p>participando dos processos de formação do MobilizaSUS, despertando e ampliando debates importantes para o fortalecimento do SUS, além de fortalecer o diálogo com os movimentos sociais de base popular, apontando para a construção compartilhada de uma agenda de debate sobre o SUS e o direito à saúde.</p>
Web Rádio AJIR	<p>Associação de Jovens do Irajá (AJIR); Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde da Universidade Estadual do Ceará – LAPRACS/UECE;</p>	<p>Web aulas no curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, direcionadas para 15 municípios, que indicam 30 profissionais que lidam com gestão e</p>	<p>Web aulas e seminários para os cursos para graduandos e especializandos em saúde. Disponibilização do curso, de forma livre, dos conteúdos</p>

		controle social do SUS e promoção da saúde para jovens de 10 escolas do Estado.	trabalhados. Tecnologia da Informação e da Comunicação (TICs) como instrumentos de educação permanente e popular em saúde
--	--	---	---

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Prêmio Sérgio Arouca.

A partir da próxima seção, passamos a falar fundamentalmente do Projeto PoloSUS, que se enquadra nessa agenda da educação popular em saúde, com a capacitação direcionada para os princípios da política de gestão estratégica e participativa do SUS, com foco no controle social.

### **3.2. A formulação do Projeto POLO SUS no contexto do fortalecimento do controle Social**

#### **3.2.1. Introdução: a fase de formulação**

A fase de formulação de uma política pública ou de um projeto que concretiza uma política pública é importante por ser o momento em que se define o objetivo, os programas que serão desenvolvidos e as metas que pretendem ser alcançadas, conformando as linhas de ação a serem aplicadas.

Essa definição das linhas pode gerar um conflito entre forças políticas, entre grupos que avaliarão as linhas traçadas como favoráveis ou contrárias aos seus interesses<sup>64</sup>. Seja como for, até por uma questão lógica, definidos o objetivo, os programas e as metas, alguns projetos não se encaixarão nas definições. No caso brasileiro, essa situação aparece de forma clara, pois apesar do tripé normativo do SUS registrar a participação e o controle social como princípios basilares, os projetos que os concretizam são incentivados a depender da visão sobre o Estado do governo da ocasião.

<sup>64</sup> Isso também fica claro quando da análise da avaliação do Projeto. Adianto que os técnicos do Ministério da Saúde, lotados à época do Projeto PoloSUS na DAGEP, afirmam que a mudança do governo a partir do impeachment da Presidenta Dilma Rousseff foi crucial para a não continuidade do Projeto.

A importância do momento da formulação também aparece no fato de que é preciso preocupação por parte dos formuladores e executores em relação à repercussão junto aos grupos sociais (SEBRAE, 2014), além de levar em conta a opinião do corpo técnico administrativo da administração pública, principalmente tendo como base a disposição de orçamento, materiais, técnicos e demais instrumentos para execução do que vier a ser formulado.

Faz parte da formulação, ainda, a necessidade de reunião entre os responsáveis pela formulação e os atores envolvidos na política ou no projeto que serão implementados. Essa reunião pode proporcionar uma base para o caminhar do projeto, de maneira que a formulação atenda às necessidades dos movimentos e grupos sociais envolvidos, gerando maior legitimidade para a proposta. No caso do PoloSUS, a tentativa de parcerias com os municípios apontam nessa direção; a primeira etapa do projeto consubstanciada na realização do diagnóstico rápido participativo nos parecia bastante eficaz nesse sentido da legitimidade e da aplicação mais concreta dos dados obtidos, pelo prisma das necessidades locais, nas capacitações. A rigor, foi assim que ocorreu, nada obstante as coordenadoras apontem que as informações obtidas nos diagnósticos e nos estudos encomendados tenham sido subaproveitadas nos módulos.

A partir da próxima seção, há uma descrição da etapa de formulação do Projeto, pontuando as visões colhidas através de questionários e demais instrumentos aplicados durante a nossa pesquisa.

### 3.2.2. O Projeto PoloSUS: o início

Considerada a consolidação da agenda da participação popular na política pública de saúde através da Constituição Federal e das Leis 8080 e 8192, a Resolução nº 507<sup>65</sup>, de 2016, proveniente do Conselho Nacional de Saúde, apresenta recomendação (proposta 2.3.4. referente ao fortalecimento do controle social) no sentido de fortalecer e a avaliar a Política de Educação Permanente para o Controle Social no âmbito do SUS, de maneira crítica, ativa e propositiva. Esse fortalecimento deve ocorrer, segundo a resolução, nas três esferas de governo, mediante apoio político e financeiro, a partir da qualificação em relação à aplicação dos recursos financeiros e de gastos tendo as universidades públicas como instituições parceiras na formação.

---

<sup>65</sup> O texto da resolução está disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso507.pdf>>. Acesso em 30 de março de 2018.

O Projeto POLO SUS nasce no bojo dessas necessidades e articulações. Diante da agenda governamental e de suas responsabilidades, a SGEP possui demandas por idéias que auxiliem no cumprimento do objetivo da Política de Gestão Estratégica e Participativa, em especial políticas setoriais voltadas para grupos considerados em situação de vulnerabilidade social e iniquidade quanto ao acesso à saúde. O Projeto POLO SUS buscou auxiliar essa necessidade. Se a SGEP inicia sua atividade na agenda governamental da participação e controle social em 2006, a Universidade Federal de Juiz de Fora institucionaliza a agenda de ações afirmativas a partir de 2014, quando é criada a Diretoria de Ações Afirmativas, vinculada ao Gabinete do Reitor, através da Portaria 1.172, de 15 de setembro daquele ano<sup>66</sup>. A Diretoria de Ações Afirmativas possui atribuições para promover condições institucionais para implementação e acompanhamento de políticas públicas voltadas às ações afirmativas na UFJF, entre os discentes, docentes e técnicos-administrativos<sup>67</sup>.

Nada obstante, não é na Direção de Políticas Afirmativas que o Projeto é gestado, mas sim na ProEx/UFJF. Pode-se afirmar que a formulação do POLO SUS foi uma confluência de vontades e oportunidades. De um lado, havia a SGEP em busca de entidades parceiras para colocar em prática os objetivos e princípios da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no âmbito do SUS e, de outro, a Universidade Federal de Juiz de Fora, através de sua Pró-Reitoria de Extensão, em busca de projetos que realizassem suas missões institucionais e função social extensionista<sup>68</sup>.

José Augusto, o servidor responsável pelas primeiras articulações entre a UFJF e a SGEP, nos narrou um pouco do processo como segue:

Esse processo todo começa quando eu era vinculado à Pró-Reitoria de Extensão, junto ao gabinete do Pró-Reitor, à época, o Professor Marcelo Dulci. Eu era Pesquisador de Extensão e uma de minhas atribuições como pesquisador era justamente desenvolver ações voltadas para o envolvimento da sociedade nas ações de governo, seja no Legislativo, seja no Executivo, sempre procurando desenvolver projetos de Extensão e pesquisa associados à qualificação da população e fortalecimento de lideranças sociais dentro do programa Escola de Governo e Cidadania da UFJF, que também é um projeto de extensão vinculado à ProEx, que tem desde seu nascimento, há muitos anos, o objetivo, retomado em 2014, sob a liderança do Professor Marcelo Dulci, de formar lideranças, formar pessoas da sociedade civil para as ações de governo e da sociedade. Então, esse projeto do PoloSUS nasce disso: da minha experiência na Escola de Governo e Cidadania, dessa minha atribuição como pesquisador na Pró-Reitoria de Extensão e também da

---

<sup>66</sup> Informações retiradas do site: < <http://www.ufjf.br/diaaf/>>. Acesso em 11 de fevereiro de 2018

<sup>67</sup> Pontuamos o ano de 2014 como institucionalização da agenda a partir da criação da Diretoria de Ações Afirmativas. Não estamos afirmando, entretanto, que a UFJF não tenha realizado ações anteriores. Sobre o ponto, até este momento, tentamos contato via e-mail com a atual direção em busca de ações pretéritas a 2014, contudo, sem retorno.

<sup>68</sup> Apesar das dificuldades – sobretudo legais e de incentivo - em relação ao tempo para dedicação dos Professores à extensão, como pontuaremos em linhas futuras.

minha articulação, da minha militância social em torno disso. Esse conjunto de coisas junto com uma demanda do Ministério da Saúde.

Então, a partir dessas informações, podemos afirmar que essa confluência de vontades entre a SGEF/DAGEP/MS e a ProEx/UFJF começa a ser realizada através do contato político e pessoal entre Fernando Eliotério, político local, membro do Conselho Nacional de Saúde, que ocupava um cargo técnico de confiança na DAGEP como assessor técnico<sup>69</sup>, à época da formulação do Projeto, e José Augusto, que estava lotado na Pró-Reitoria de Extensão da UFJF. Com a expressão “contato político”, queremos afirmar que o termo de cooperação foi oriundo de contatos entre pessoas que possuíam laços políticos-partidários e convivência interinstitucional e pessoal, não se tratando, portanto, de um Projeto advindo de editais ou chamadas públicas.

Não se trata, é bom assinalar, de alguma forma de “compadrio” ou qualquer movimento que contrarie a legalidade ou as boas práticas de transparência no uso de recursos públicos, muito pelo contrário<sup>70</sup>. Houve, na verdade, esse contato político que fez nascer um encontro de vontades e necessidades a partir de uma oportunidade. Essa oportunidade nasce do fato de que anualmente a União constrói seu planejamento orçamentário, momento em que os órgãos manifestam suas demandas.

Como já citado, o Ministério da Saúde vem, através da SGEF, buscando realizar ações que fortaleçam o compromisso com a educação permanente em saúde, seja através de editais públicos ou recebendo propostas a partir de instituições interessadas, segundo informações de Katia Souto; neste ínterim, Fernando Eliotério, político, militante e, à época,

---

<sup>69</sup> As trajetórias pessoal, política e militante de Fernando Eliotério são dignas de nota. Como ele narrou em nossa entrevista, atuou no movimento comunitário local, estadual e também buscou articulações em nível nacional. Ao longo de sua atuação e militância, foi presidente da associação de moradores, presidente da associação de bairros de Juiz de Fora. Fez parte do Conselho de Saúde do Estado de Minas Gerais e foi indicado para a vaga de suplente no Conselho Nacional de Saúde, por volta do ano de 2003. Em suas palavras: “suplentes poderiam, como podem, fazer parte, um pouco contra a vontade do movimento comunitário, da comissão de orçamento. Era uma comissão, naquele período, um pouco esvaziada, pois era um tema muito árido, muito difícil. A comissão contava somente com três ou quatro membros. Era um desafio bacana e grande fazer parte daquela comissão. Eu fui sem saber nada, não tinha ainda feito meu curso superior (em administração pública – pela UFSC). Acabamos conseguindo fazer com que ela chamasse a atenção (...) sendo, em um período mais frente, cobijada, mais importante, do ponto de vista da vitrine política, que a presidência do conselho nacional de saúde”. Depois, foi ser assessor técnico no Ministério da Saúde, buscando ser consultor a partir da comissão de orçamento; passou a ser membro titular do CNS, exercendo, ao mesmo tempo, a função de coordenação adjunta e, depois, coordenação da comissão de orçamento. Essa trajetória fez com que Fernando Eliotério passasse a almejar construir articulações, sobretudo na área do controle social, para a qualificação de conselhos. Ele conta, orgulhoso, que, nos 12 anos de Ministério da Saúde, conseguiu com poucos recursos fazer oficinas de capacitação de conselhos em todos os estados do país. Prossegue: “Daí vieram essas idéias, não é? Por que não trabalhar com as Universidades. E aí pensei na UFJF, sou de juiz de fora, não nascido, mas fiz minha trajetória aqui”. Hoje, Fernando não está mais no Ministério da Saúde, mas continua sua militância pelo Pcdob.

<sup>70</sup> A rigor, a prática do uso político para obtenção de recursos para políticas públicas é uma prática corriqueira e autorizada, por exemplo, através do mecanismo de liberação das emendas parlamentares. A UFJF já foi beneficiada neste sentido, ver, por exemplo, a seguinte notícia: < <http://www.ufjf.br/secom/2007/11/28/governo-federal-libera-recursos-de-emendas-parlamentares-para-ufjf/>>.

servidor comissionado na Diretoria de Gestão Estratégica e Participativa da SGEF, membro do Conselho Nacional de Saúde, procurou a Pró-Reitoria de Extensão da UFJF, que também buscava, através de seu servidor comissionado José Augusto, chamamentos públicos ou oportunidades como essa, a fim de levar essas ações para a Escola de Governo e Cidadania da Universidade. Então, como explicou José Augusto:

Há demandas do Ministério da Saúde. O Ministério da Saúde sempre teve demanda por projetos de formação. O Ministério tem vários programas: tem Escola Nacional de Formação, tem várias parcerias com outras universidades federais, inclusive na área de formação e essa questão do controle social é uma questão nova, que demanda mais qualificação ainda e foi nesse sentido que a gente buscou implementar o PoloSUS aqui na UFJF em parceria com o Ministério da Saúde.  
(...)

A provocação para o estabelecimento da parceria parte da Universidade para o Ministério. A Universidade sabendo que o Ministério tem demandas nesse sentido [acaba por buscar participar desses chamamentos ou editais] (...). É um processo de pesquisa, levantamento de informações em *sites*, levantamento de informações nas diretorias responsáveis. É um processo de responsabilidade desse profissional, desse pesquisador, no caso, era eu; é um profissional que está envolvido nisso, na busca dessas parcerias possíveis com órgãos governamentais, através dos *sites* de relacionamento do próprio Ministério da Saúde, através de contato com lideranças do próprio Ministério da Saúde. Aí, foi um contato importante do Fernando Eliotério que era, até então, do Conselho Nacional de Saúde e também membro dessa diretoria de Gestão Participativa, que é conterrâneo nosso, então ele contribuiu muito para essa relação de proximidade. Então, nós provocamos e ele deu retorno nesse sentido. Foi um retorno muito pronto, de imediato, então, isso ajudou bastante na tramitação nesse primeiro momento, que é quando você apresenta um projeto básico para o estabelecimento da parceria.

Fernando Eliotério pontua essa proximidade com a região, com José Augusto e a antevisão sobre o potencial da Universidade Federal de Juiz de Fora:

[dada a trajetória no Ministério da Saúde], daí vieram as idéias: por que não trabalhar com as Universidades? Então, surgiu a idéia. Eu, como de Juiz de Fora, não nascido, mas praticamente criado em Juiz de Fora, nós temos a Universidade Federal de Juiz de Fora. Então, eu trouxe a idéia para a Universidade. E nós acompanhamos desde a elaboração do projeto até a execução.

A partir deste encontro de vontades e necessidades, o Projeto se enquadrava nos ditames da Portaria Interministerial nº 507 de 2011<sup>71</sup>, que versa sobre transferência de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse celebrados pelos órgãos e entidades da Administração Pública com órgãos ou entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco, com base no orçamento fiscal e da seguridade social da União. Foi exatamente o caso do Projeto PoloSUS, que contou com recursos descentralizados a partir do Fundo Nacional de Saúde,

---

<sup>71</sup> A íntegra pode ser acessada em: <http://portal.convenios.gov.br/legislacao/portarias/portaria-interministerial-n-507-de-24-de-novembro-de-2011>. Acesso em 28 de fevereiro de 2018

verba prevista no orçamento da seguridade social da União, sendo a parceria formalizada através do Termo de Cooperação de Descentralização de Recursos nº 48/2013, firmado em 27 de abril de 2013, mas que demorou mais um tempo razoável para ser executado. Como apontou Astrid Sarmiento (secretaria executiva do PoloSUS), entre 2013 e 2016 existiram vários ajustes de redação do termo para adequação aos trâmites da SGEF/DAGEP/MS e da UFJF, para enfim haver a liberação dos recursos para execução do projeto. No mesmo sentido, afirma Fernando Eliotério, assessor técnico do Ministério da Saúde, à época do PoloSUS:

Esse é um processo “doloroso”, essa burocracia. Primeiro, é preciso elaborar um projeto dentro do prazo de elaboração proposto pelo Ministério. Depois, você entra na questão do financeiro, essa fase não foi fácil, até a liberação dos recursos financeiros, ajustamento das condições e estrutura (...). Eu acredito que demorou cerca de 3 anos entre a elaboração do projeto básico e a liberação efetiva dos recursos financeiros para execução do projeto.

Assim, firmado o termo, a parceria entre a UFJF e o Ministério da Saúde possuía o prazo inicial de duração de 450 dias. Em decorrência das burocracias internas no âmbito da Universidade e também do Ministério da Saúde, que gerou a necessidade de reajustes, bem como em razão dos procedimentos internos nas instituições para desembolso e empenho de valores, contratação de serviços, normatizações pertinentes, realização de despesas e execução do projeto, o Termo teve prorrogado seu prazo de 20 de fevereiro de 2015, para 24 de outubro de 2015. Tendo sido efetivamente iniciado em 02 de janeiro de 2015. Nota-se, portanto, um longo tempo entre a tradição do termo de cooperação e o efetivo início do PoloSUS.

### **3.3. Desenho do Projeto: formulações e definições das estratégias e modelos de execução**

Nessa seção buscamos pontuar o início das tomadas de decisões a partir de um projeto que já possuía a perspectiva, portanto, de ser executado. Passamos a narrar e a analisar as formulações e as tomadas de decisões que formariam os contornos, os formatos e as estratégias de execução do PoloSUS. Trata-se de etapa(s) determinante(s) do processo e do sucesso da política proposta.

#### **3.3.1. A entrada das Coordenadoras no Projeto: contextos e acasos**

Com efeito, nesta parte da pesquisa, nos deparamos com uma informação curiosa: o início da formulação do Projeto não se deu sob a coordenação “final”; o projeto inicial não foi desenhado pelas Professoras Marta Mendes e Cristina Dias. O Projeto básico, isto é, o projeto

que “provoca” os trâmites do termo de cooperação perante o Ministério da Saúde foi proposto pela ProEx, sendo concebido, de início, por José Augusto. Ele explica:

Sob a coordenação do Professor Marcelo Dulci, minha função era justamente essa: elaborar o projeto básico. Esse projeto básico é aquele em que a Universidade provoca, então, o Ministério da Saúde a estabelecer a parceria. Então, essa foi a minha atribuição inicial (...). Feito isso, apresentado o projeto básico, tendo o Ministério da Saúde compreendido que estava dentro dos princípios que o Ministério da Saúde adota para a capacitação de seu público alvo, Nós seguimos para um passo seguinte que era o processo de estabelecer a coordenação acadêmica, de pesquisa, de gestão do projeto.

Então, por convite do Professor Marcelo Dulci, a Professora Marta aceitou essa incumbência de montar uma equipe acadêmica, uma equipe técnica que desse conta da execução desse projeto que tinha sido submetido e aprovado dentro da Universidade perante o Ministério da Saúde (...). A partir daí, é preciso um coordenador e esse coordenador precisa ter um vínculo efetivo com a Universidade Federal de Juiz de Fora, que, no caso, é um professor, de acordo com o estatuto, um professor pesquisador, com larga experiência no sentido da formação. E, aí, caiu como luva a Marta, porque é uma especialista em democracia, em participação, ou seja, era ela. Não tinha uma outra pessoa ali na Universidade e ela faz justamente essa tarefa.

Como narra a Coordenadora Marta Mendes, sobre o início do projeto:

Eu não participei desta etapa. Quando comecei a participar e assumi a coordenação, toda a articulação já tinha sido feita. Pelo que compreendi envolveu uma combinação de critérios técnicos, políticos e relações pessoais políticas. Um dos colaboradores da EGC era próximo de um dos servidores lotados na SGEF (não tenho certeza se as relações entre eles eram mais pessoais, ou mais político-partidárias). Também não sei de quem partiu a ideia da cooperação. A expectativa era de que a UFJF colocasse sua expertise a serviço da SGEF na realização do projeto. Foi esse colaborador da EGC que elaborou o texto do projeto (primeira versão) que foi apresentada na SGEF e em torno da qual foi assinado o termo de cooperação.

Sobre o fato, a Professora e Coordenadora Marta Mendes contou que o convite foi feito em 2013, no seguinte contexto:

Eu me encontrava na coordenação da Escola de Governo e Cidadania, um projeto de extensão vinculado à Proex/UFJF, que tinha como objetivo desenvolver parcerias com órgãos públicos (com ênfase no nível municipais) e organizações sociais para desenvolver projetos que contribuíssem para a promoção do desenvolvimento local. Me foi informado pelo pró-reitor e outros profissionais envolvidos na EGC que um recurso do Ministério da Saúde seria descentralizado para a UFJF para implementação de um projeto em parceria entre as duas instituições. E na ocasião, o pró-reitor me convidou para coordenar o projeto. Convite que não aceitei de pronto. Temia administrar um volume alto de recursos (alto considerando a minha experiência, porque para o MS era um recurso insignificante) e queria ter mais segurança de poder contar com as condições necessárias para o desenvolvimento das atividades. Nesta altura do campeonato não se sabia, também, se a parceria/cooperação entre as instituições ocorreria, de fato. Eu, pelo menos, não tinha certeza se ocorreria.

Por sua vez, a Professora Cristina Dias foi convidada para ser Vice-Coordenadora pela Professora Marta Mendes, “que na época estava envolvida com a Escola de Governo e Cidadania, que foi onde o projeto surgiu”, também salientando que não participou diretamente das tratativas originais em relação a SGEF. Assim, o Projeto passou a contar com a coordenação de uma cientista política e de uma antropóloga na coordenação. A Professora Cristina Dias atribui o convite e a possibilidade de colocar sua expertise a serviço do projeto sobretudo em relação à produção dos relatórios de pesquisa e conteúdo das capacitações. Quando questionada sobre os efeitos de sua formação acadêmica em sua participação no PoloSUS, a Vice-coordenadora afirmou que:

[n]a formulação do projeto eu não sei, pois ele já havia sido formulado pela EGC. Na execução minha participação mais importante foi auxiliar teoricamente a produção dos relatórios de pesquisa, garantindo que os dados sobre aquelas populações fossem apresentados em diferentes aspectos: tanto os bancos de dados já existentes, como IBGE e outros, mas também considerações históricas e contextuais sobre cada população específica.

A Professora Marta Mendes atribui, por sua vez, o convite à circunstância de estar na EGC à época da formulação, mas também salientando que sua trajetória tradicional aliada a sua capacidade alta de trabalho foram importantes para a coordenação e execução do PoloSUS, muito embora tenha assinalado sua inexperiência na área de saúde. Em suas palavras,

Eu não tinha experiência específica na área de saúde, mas tinha experiência em projetos sociais e algum conhecimento na área de políticas públicas. Antes de entrar na UFJF, trabalhei em uma ONG por 2 anos em Belo Horizonte, fiz parte de uma empresa de consultoria, prestei serviços de consultoria em pesquisa sobre assistência social, educação, segurança pública. Tinha algum conhecimento sobre metodologias participativas empregadas em capacitações, dinâmicas de grupo, etc. Penso que essa experiência combinada a uma alta capacidade de trabalho foi o mais importante. Minha formação acadêmica auxiliou no que ela me traz de conhecimento sobre a estrutura do Estado, os processos de elaboração e implementação de políticas públicas, os movimentos sociais, as dinâmicas participativas e as relações federativas e intergovernamentais no Brasil pós 1988.

### 3.3.2. A definição dos contornos estruturais: o PoloSUS como um projeto de extensão, pesquisa e inovação em tecnologia social

Com efeito, o PoloSUS foi um produto da convergência dos vetores de extensão, pesquisa e inovação tecnológica em saúde. Até mesmo como uma questão estratégica, de estrutura e inovadora para gerar maior interesse e maior verba de investimento àquela época

por parte da SGEP<sup>72</sup>. Além da estratégia, a ampliação do escopo conseguiu unir a extensão à pesquisa, juntando as duas pró-reitorias à necessidade de, nas palavras de José Augusto, a Universidade também estar apta a receber os recursos do ponto de vista técnico, estrutural e burocrático, como explica:

A Universidade precisava estar preparada para receber esses recursos. Então, desenvolveu-se outra estratégia de associar um programa tipicamente de extensão e buscar nesse programa típico de extensão alguma peculiaridade que pudesse dar a ele as características de um programa também de pesquisa. Foi justamente aí que entra, mais uma vez, a capacidade técnica da Professora Marta, com larga experiência no campo da pesquisa social, ela tramita na Pró-Reitoria de Pesquisa a proposta da inovação tecnológica de interesse social. Essa noção, esse conceito de inovação tecnológica de interesse social, que são as tecnologias de interesse sociais, coloca a Pró-Reitoria de Extensão lado a lado com a Pró-Reitoria de Pesquisa e a gente elimina de vez essa idéia que as ciências sociais não produzem pesquisa de cunho tecnológico. As ciências sociais estão aptas a produzir pesquisa de cunho tecnológico, mas com uma particularidade: com cunho social. Então, nós estamos no mesmo passo que uma faculdade de engenharia, que uma faculdade de medicina, que estão pesquisando medicamentos, que estão pesquisando equipamentos e nós estamos também do nosso lado pesquisando o potencial dessas tecnologias sociais que estão colocadas aí, por exemplo o diagnóstico rápido participativo.

O Ministério da Saúde também avaliou de maneira muito positiva essa confluência entre Pesquisa e Extensão. Fernando Eliotério afirmou que esse foi um ato que facilitou o aporte de recursos, pois o Ministério da Saúde avaliava que era uma iniciativa com aliança de campos importantes com viés inédito:

[foi muito interessante essa junção de pesquisa e extensão aos olhos do Ministério] porque, na realidade, você aliou uma questão fundamental que é a pesquisa, o aluno poder pesquisar o controle social e você ter uma qualificação, uma capacitação do controle social. Aliaram duas coisas importantíssimas: pesquisa na área – que é uma coisa muito inédita, o que chamou muito a atenção – e essa questão da qualificação que era muito necessária naquele momento. E continua sendo.

Uma definição possível para pesquisa científica e tecnológica<sup>73</sup> pode repousar nas atividades “que resultam em produtos e processos que contribuem para promover, manter ou recuperar a saúde dos seres humanos”, que tem “como objetivo fornecer as bases científicas e tecnológicas para a produção de bens e serviços que mantenham ou aumentem o bem-estar de

---

<sup>72</sup> Sobre a necessidade de recursos, Fernando Eliotério é preciso na entrevista: “não se faz controle social sem recursos, sem verba. É preciso dinheiro, é preciso recursos para qualificar melhor os conselheiros, lideranças, etc. É preciso dinheiro para o deslocamento, para as viagens, para os custos dos espaços, dos materiais, etc”. Sobre o ponto, Eliotério afirmou que o orçamento do projeto, 1 milhão de reais, foi “adequado para o propósito e para o momento. Principalmente, porque havia a perspectiva de continuidade”.

<sup>73</sup> Como apontou Astrid Sarmiento, em entrevista, projetos como esse do PoloSUS, com “termo de convênio junto ao Fundo Nacional de Saúde se adéquam à inovação tecnológica junto ao CRITT”, assim, o PoloSUS acabou “atendendo à pesquisa no que diz respeito ao levantamento de dados sobre as populações do projeto, dados e perfil dos participantes... assim como à extensão que levava conhecimento aos conselheiros, estudantes, profissionais da saúde, movimentos sociais, além da plataforma. Cumprindo os três pilares da UFJF: Ensino, Pesquisa e Extensão”.

pessoas” (GUIMARES, SOUZA, SANTOS, p. 241-242). A produção dos conteúdos com informações sistematizadas e (re)organizadas sobre os grupos e localidades, que seriam compartilhadas via plataforma virtual, em termos de uma rede colaborativa já denotam a busca por produzir pesquisa aplicada a uma realidade, bem como gerar uma tecnologia social que auxiliaria no controle por parte da sociedade e na participação popular no âmbito do SUS, objetivos do Projeto.

Além disso, a troca de experiências com o público-alvo também era um agregado à universidade que se beneficiou em termos de pesquisa com os relatórios e conseguiu aplicar a pesquisa nos diagnósticos e capacitações, como pontuou em entrevista a Vice-Coordenadora Cristina Dias. Essa caracterização como um Projeto de pesquisa e extensão, sem prejuízo do viés tecnológico voltado para a sociedade, aparece na seguinte fala da Coordenadora Marta Mendes da Rocha,

foi extensão porque estava voltado para a comunidade externa, nosso público-alvo era externo. As ações visavam beneficiar pessoas de fora da universidade. Além disso, a idéia era colocar os conhecimentos produzidos na universidade à serviço da comunidade, em prol do desenvolvimento social, no caso específico o fortalecimento do SUS e do controle social. E, claro, se beneficiar da troca de conhecimentos e experiências com o público-alvo.

Também foi projeto de pesquisa porque objetivava gerar novos conhecimentos. Isso se deu por meio de diagnósticos setoriais elaborados com pesquisa em fontes secundárias e por meio dos diagnósticos participativos. Além dos relatórios e da sua dissertação, a pesquisa também já resultou em um artigo de autoria da vice-coordenadora.

### 3.3.3. Afinal, um projeto que cumpria integralmente a agenda da SGEP ou com liberdade de execução?

Pelas entrevistas, é possível extrair que a elaboração pelo servidor da EGC não foi tão prejudicial à condução do Projeto. A Professora Marta Mendes pontuou, por exemplo, que “tempos depois, antes de assumir a coordenação, solicitamos modificações no texto do projeto porque depois de ler e avaliar, vi que não podia me comprometer com as metas e objetivos da forma que estavam na primeira versão”, salientando, entretanto, que foram modificações pontuais, que não alteravam os objetivos originais e tão pouco o espírito do projeto pactuado na cooperação com a SGEP. A Professora Cristina Dias também afirmou que não houve tentativa de disputar os pontos centrais do projeto, que já havia sido pactuado entre a EGC/UFJF e a SGEP/MS.

Tentando mapear se havia uma orientação “fixa” do tipo *top-down* por parte da SGEP, Katia Souto (coordenadora da DAGEP, à época, e um dos membros técnicos que monitorou o Projeto representando o MS) afirmou que houve uma ampliação durante a execução, como narraremos adiante. Por outro lado, a Professora Marta Mendes desenhou a posição da UFJF e da equipe mais como prestadores de serviços para uma agenda pré-estabelecida que propriamente um parceiro que pudesse negociar, discutir ou, se preciso fosse, disputar a agenda; afirmou que desde que assumiu a coordenação não houve tentativa alterar os traços centrais do projeto, de modo que a coordenadora não conseguiu precisar a orientação da política – se *top-down* ou *bottom-up* -, de modo que não saberia precisar se haveria espaço para alterar de maneira substancial a agenda.

A Professora acrescentou que, de maneira retrospectiva, acredita que algumas propostas deveriam ter sido feitas, como a exclusão do critério de raça no projeto. Não que não fosse importante, ao contrário. Porém, como “negros” podem estar relacionados a várias heterogeneidades, na concepção da Coordenadora, seria preciso e necessário um projeto focado totalmente na questão dos negros e seu acesso, iniquidades e participação no SUS. Nessa parte da entrevista, a Coordenadora conclui colocando a UFJF como prestadora de serviços para cumprir as expectativas do Ministério da Saúde, mas ressaltando que conhecendo hoje o perfil dos técnicos que monitoraram o PoloSUS, acredita que não seria tão difícil negociar mudanças.

A Professora Cristina Dias afirma que algumas reflexões foram colocadas para debate e influenciaram a maneira como foram pensados os diagnósticos e capacitações, por exemplo, quando na entrevista diz que:

Também foi possível nos relatórios realizar uma reflexão crítica sobre os limites de pensar uma política pública cujas populações específicas estavam nitidamente sobrepostas. Assim, população negra, Lgbt e população do campo e da floresta são três exemplos de sobreposição. Essa crítica teve muito valor na concepção dos diagnósticos participativos e das capacitações. Assim, participei da formulação das aulas de capacitação oferecidas pelo projeto nos 17 municípios sede também buscando trazer essas reflexões.

No entender de José Augusto, por exemplo, houve uma agenda demandada pela SGEP/Ministério da Saúde, mas com total liberdade de desenho e execução por parte da equipe do PoloSUS.

Quem cria [o projeto, quem desenha] é a Universidade. A Diretoria de Gestão Participativa aceita o projeto [básico] porque é isso que ela quer, isso que ela precisa, é uma maneira dela alcançar maior porção do território, é uma maneira dela qualificar seu público, que são os gestores de participação, mas, ao mesmo tempo, o

projeto é todo da livre criação, acadêmica e técnica, e gestão da Universidade. Então, toda a experiência que nós tivemos, as idas e vindas da Universidade teve, nós relatamos isso para o Ministério da Saúde nos relatórios parciais e finais, mas a experiência de construir essa tecnologia social, ela pertence e foi toda produzida pela Universidade.

A fala da Vice-Coordenadora sobre a questão da “superposição” das identidades, por assim dizer, dos grupos tratados no projeto e a influência dessa reflexão crítica nos diagnósticos participativos e capacitações exemplifica as alterações, micro, que puderam ser realizadas ao longo do projeto.

Em nossa avaliação, tendo ouvido também Katia Souto, parece que houve uma dinâmica mista: se cumprida a agenda de tratar dos grupos minoritários designados, o PoloSUS teria toda a liberdade de executar as etapas como achassem mais racional, eficiente e eficaz. Fernando Eliotério confirmou essa nossa avaliação em entrevista, afirmando que parcerias como a com a UFJF facilitam a missão do Ministério de preencher lacunas, déficits, chegando em mais partes, em mais municípios do território. Sobre isso, Eliotério complementa que:

Na realidade, o Ministério é uma “loucura”. Então, temos que atender o Brasil deste tamanho. Então, seria mentira dizer que a gente tinha um grande fluxo comunicacional. Na realidade, a gente passou as diretrizes e elas tocaram aqui como queriam. (...) É que a demanda do Ministério é muito grande, o Brasil é muito grande, não dava para ficar acompanhando “mesmo”. O acompanhamento se dava por relatórios, fotografias, tenho tudo guardado. Serve muito como dados para a gente pensar em novas iniciativas e aperfeiçoar que precise ser aperfeiçoado.

#### 3.3.4. O esforço de organização para que a UFJF pudesse ter capilaridade no território: o PoloSUS e sua envergadura em contraste com o tempo da burocracia

Tecidas essas considerações, anote-se que no primeiro momento da formulação, foram gastos 213 dias dos 450 dias inicialmente pactuados. São momentos que não aparecem para o “grande público”, mas que são também decisivos para o momento posterior da execução. Durante este período, houve os momentos de transferência de recursos da União para a UFJF e retificação de rubricas, atos que são chamados de desembolso e empenho, que precisaram ser realizados pelo menos duas e três vezes<sup>74</sup>, em razão da prorrogação do efetivo início do Projeto.

---

<sup>74</sup> Segundo o relatório final do Projeto PoloSUS, o primeiro desembolso (transferência de recurso da União para a UFJF) se deu em Outubro de 2013. Entre 10/12/2013 a 31/12/2013 ocorreu o primeiro empenho com retificação de rubricas para 2014. Em março de 2014 ocorre o segundo desembolso, sendo que entre abril e junho de 2014 ocorre o empenho para retificação do uso das rubricas nos anos de 2014 e 2015. Já entre Julho e

Concomitante, o desenho e planejamento do PoloSUS sofreu (re)ajustes. Entre Outubro e Novembro de 2014, houve a revisão da metodologia e do desenho do projeto inicialmente idealizado. Essa revisão passou por adequar os municípios que seriam abrangidos pelos Diagnósticos e Capacitações de acordo com a base de dados do IBGE para as mesorregiões da Zona da Mata, Campo das Vertentes e Vale do Rio Doce. O resultado da revisão foi a ampliação de 271 para 280 municípios, o que gerou o aumento do público-alvo de 1355 pessoas para 1400. Dividido em três etapas: diagnóstico participativo, capacitações e plataforma virtual.

Portanto, o PoloSUS aparece um projeto ousado, de envergadura, até então inédito na UFJF, que como afirmou José Augusto:

Em termos de qualificação para o controle social é o primeiro [projeto]. É a primeira vez que a gente faz, principalmente com a envergadura dessa: com o propósito de qualificar mais de mil lideranças, com o propósito de atender mais de 230 cidades, em três grandes mesorregiões (...) ou seja, é um projeto de envergadura, que, inclusive, colocou a Universidade, a Pró-Reitoria de Extensão, em cidades que ela tinha muito pouco contato.

A fala de José Augusto também é importante para os fins de nossa pesquisa por demonstrar que uma das vantagens de um projeto como esse é a possibilidade da Universidade alcançar cidades que, normalmente, não tem muito contato, mesmo que estejam relativamente em sua região de atuação via extensão, com ganho relevante de informação e expertise para a UFJF. Questionado por nós se a UFJF possuía uma capilaridade já estabelecida no território para executar um projeto como esse, José Augusto afirmou que

Não, especificamente com a questão da extensão para a formação de lideranças, não [tinha capilaridade, até então]. Porque pode ter muitas coisas na área de saúde, principalmente, mas na área de formação de lideranças, com certeza, não. Foi uma experiência pioneira para a Universidade. É um ganho de qualidade, de informação, de articulação para a Pró-Reitoria de Extensão que pode dar frutos posteriores.

Além disso, também dentro da UFJF, o Projeto buscou se alinhar e se moldar de acordo com a burocracia em busca de maiores vantagens financeiras e para contratação de recursos humanos para a execução dos objetivos, bem como para satisfazer exigências burocráticas da própria universidade. Foi um período de obstáculos em relação à burocracia, como registrado em entrevista com a Coordenadora Marta Mendes da Rocha:

---

Setembro de 2014, há novo empenho para retificação das rubricas, a fim de que pudessem ser utilizadas no exercício de 2015.

[tivemos] dificuldades na gestão do projeto em virtude de todas as amarras burocráticas para a liberação dos recursos, para realização dos pagamentos aos prestadores de serviço. O ritmo da burocracia simplesmente não acompanhava o ritmo do projeto e, em uma ocasião, tivemos que reprogramar uma série de capacitações, adiando a data de início. O tratamento com a burocracia (da UFJF, principalmente) tomava muito tempo da coordenação, tempo que poderia ter sido dedicado às questões mais substantivas do projeto.

A UFJF deu um apoio muito importante para a realização do projeto na forma de intra-estrutura, apoio institucional, equipamentos e material de consumo. Mas a obtenção desse apoio dependia de muito esforço e espera. Tivemos problemas duradouros com a conexão de Internet, por exemplo. E levou tempo até que conseguíssemos resolver o problema da linha de telefone. Em um projeto que dependia muito de meios de comunicação com o público e o parceiro, isso foi muito prejudicial (informação em entrevista).

Apesar dessa anotação, a coordenação anotou que a infraestrutura de maneira geral foi “ótima” – assim definida pela Vice-Coordenadora Cristina Dias -, a Coordenadora Marta Mendes completa o entendimento da coordenação apontando que

Avalio de maneira muito positiva. Podemos contar com um ótimo espaço físico, estações de trabalho (mesas e cadeiras), equipamentos (telefones, computador, impressora), sala de reuniões ampla, espaço para realizar capacitações, copa, etc. Essas condições não estavam todas dadas desde o início do projeto. Tivemos que apresentar as demandas à Proex, seguir os trâmites da universidade, aguardar. Com a mudança na administração superior tudo tinha que ser repactuado. Algumas coisas foram resultado de um processo bem difícil (o telefone na Pro-infra, por exemplo). Sofremos com qualidade ruim da internet desde o início. Mas, de modo geral, considero que foi muito boa a infra-estrutura. Também contamos com recursos humanos e tecnológicos importantes. O apoio da Facom foi importante na elaboração de material gráfico, por exemplo. Foram muitas pessoas de muitos setores da UFJF envolvidas no projeto.

Ainda dentro do trabalho de formulação em relação à burocracia junto à UFJF, entre os meses de Novembro e Dezembro de 2014, o PoloSUS foi registrado na Pró-Reitoria de Extensão da UFJF, na Pró-Reitoria de Pesquisa da UFJF, na Secretaria de Desenvolvimento Tecnológico da UFJF, na Coordenação de Execução e Suporte Financeiro da UFJF; tendo, ainda, aprovação, via portaria, para que o projeto fosse enquadrado na Lei de Inovação Científica e Tecnológica. A partir destes registros, o PoloSUS passou a ser configurado como um projeto de extensão, de pesquisa e de inovação tecnológica, ampliando o aspecto de propósito extensionista de educação, para uma articulação também voltada para a pesquisa social em saúde e o desenvolvimento de tecnologias sociais de participação e controle social.

### 3.3.5. Definição da Equipe Técnica: critérios, escolhas de acordo com as especificidades do PoloSUS, desafios e ganhos

Quase que de maneira concomitante, entre os meses de dezembro de 2014 e maio de 2015, ocorre a formatação da composição da equipe técnica<sup>75</sup> e o treinamento e capacitação da equipe. Segundo José Augusto, a composição da equipe técnica foi totalmente designada à autonomia da Professora Marta Mendes, que pôde convidar outros professores da UFJF, de outras IES, pesquisadores com conhecimento no tema, havendo espaço de discricionariedade para a coordenação.

Este momento pode ser subdividido em duas etapas. A 1ª, ocorrida entre dezembro de 2014 e abril de 2015, delineou o quadro técnico que executaria o projeto, sendo formado pela coordenação da Professora Marta Mendes da Rocha e vice-coordenação da Professora Cristina Dias. Além delas, a equipe contou com Astrid Sarmento Cosac como Secretária Executiva, designação dada pelas coordenadoras, além de equipes para suporte técnico-operacional, facilitadores/capacitadores, assistentes e bolsistas. De acordo com a subdivisão proposta, a segunda etapa, ocorrida entre 06 de abril de 2015 e 02 de maio de 2015, serviu para capacitação do suporte técnico-operacional e bolsistas, bem como para a capacitação de facilitadores e assistentes.

A formação da equipe levou em consideração os diferentes níveis de intervenção e as complexas e variadas demandas do Projeto. Deste modo, o critério primordial adotado pela coordenação foi em relação à necessidade de uma equipe multiprofissional, com uma multiplicidade de perfis direcionados à pesquisa, gestão e operacionalização. A capacitação aconteceu através de reuniões expositivas dos planos de trabalho, bem como através de oficinas didáticas sobre as estratégias de implementação da extensão, pesquisa e desenvolvimento tecnológico. A equipe recebeu treinamentos referentes às demandas e necessidades do PoloSUS. Aconteceram reuniões, especialmente, em Juiz de Fora, Belo Horizonte e Governador Valadares para apresentação do projeto, dos materiais didáticos, resultados das avaliações feitas com os participantes, etc, conforme informou a Coordenação.

Ainda, a intersetorialidade foi uma das marcas do Projeto, o que demandou uma equipe técnica que lograsse ser efetiva neste quesito. Deste modo, o PoloSUS envolveu a participação e contou com o apoio de uma ampla e diversificada rede de profissionais durante a execução do Projeto. Além de contar com uma cientista política e uma antropóloga na

---

<sup>75</sup> Estamos englobando sob a alcunha de “equipe técnica” todas as pessoas que se colocaram como componentes da equipe executora do projeto, isto é, pesquisadores, facilitadores, secretaria, bolsistas, operadores, etc.

coordenação, havia professoras e professores de Instituições de Ensino Superior (públicas e privadas) e pesquisadores com experiência e competência na grande área das Ciências Humanas, principalmente em relação a pesquisas e estudos nas áreas de saúde, participação e controle social, focos prioritários do PoloSUS.

As professoras e os professores atuaram na realização dos diagnósticos, na elaboração de relatórios, como facilitadores e capacitadores nas discussões, bem como na produção do material didático para os módulos. A equipe foi sendo implementada no desenrolar do Projeto, a partir das necessidades e desafios que eram encontrados na execução. Pelas informações da secretária executiva e da coordenação, foram contratados ainda 6 pesquisadores para formularem relatórios setoriais sobre os grupos minoritários colocados como centrais pela pactuação junto a SGEP.

Ainda sobre os membros do projeto, além da equipe técnica (facilitadores, pesquisadores, bolsistas), coube à secretaria executiva, na pessoa de Astrid Cosac Sarmiento, a gestão de recursos humanos, da parte documental, dos processos administrativos e a articulação das relações de parcerias com os municípios abrangidos no escopo do PoloSUS, com auxílio dos bolsistas. Astrid colocou seu conhecimento sobre as esferas administrativas e organizacionais dentro da UFJF a favor do projeto, além de ter experiência como pesquisadora na área de políticas públicas. Internamente, foi fundamental seu alto conhecimento em processos de formação de equipe e construção de banco de dados.

Astrid Sarmiento foi um ponto de articulação importante para o Projeto. Cabia-lhe ser o elo de responsividade entre a coordenação e a equipe fixa do projeto, passando as demandas à equipe, bolsistas de graduação, mestrado e doutorado, bem como contactava os facilitadores que atuara no projeto. Era de sua atribuição também oficializar os termos de parceria com os municípios, estabelecer os acordos sobre os locais e espaço físico de realização das etapas, etc.

Quando questionamos os critérios e as impressões da Coordenação para montagem da equipe técnica, a Coordenadora Marta Mendes da Rocha contou que,

[s]obre os facilitadores e pesquisadores contratados para a elaboração dos diagnósticos setoriais:

O objetivo foi formar uma equipe multidisciplinar que pudesse agregar múltiplas visões e perspectivas ao projeto. Não foi um processo super sistemático, não definimos um conjunto de critérios em termos de formação, titulação, etc. Os dois quesitos mais valorizados foram: (1) tinha conhecimento/formação/experiência com projetos de mobilização e educação popular, capacitação de lideranças sociais, etc? Praticamente todos os membros da equipe tinham um ou outro atributo (quando não os dois). Foram raras as exceções (nestes casos a pessoa foi contratada devido a alguma outra competência que poderia agregar ao projeto).

Também buscamos mobilizar pessoas de áreas distintas da UFJF, mas não obtivemos muito sucesso nisso. Acho que conseguimos incorporar professores e pesquisadores dos seguintes departamentos/áreas: Ciências Sociais, Direito, Medicina, Saúde Coletiva, Enfermagem, Geografia, Administração (GV). Acho que, em conjunto, a equipe reunia sim as competências e habilidades necessárias. Talvez devêssemos ter investido mais em pessoas especializadas em saúde pública. (informação obtida em entrevista)

Deste modo, a Vice-Coordenadora resumiu, por sua vez, que era importante o currículo atrelado a grande área de ciências sociais e afins, contando com estudantes da graduação e da pós na equipe também, muito embora o projeto tenha prezado pela escolha de mestres e doutores em ciências sociais como membros da equipe de pesquisadores para a produção dos relatórios de pesquisa.

Inobstante os critérios técnicos e de qualificação mencionados, a proximidade das relações interpessoais formadas a partir das redes construídas na academia também foi um traço relevante e facilitador do processo. Isso aparece, inclusive, na entrevista com a Secretária Executiva, Astrid conta que

A seleção dos bolsistas foi feita com base na análise de currículo e entrevistas. Agora, a equipe de professores foi uma análise de currículo e entrevistas também, mas realizadas pela coordenação, com a Marta e a Cristina. Os bolsistas de graduação e mestrado, que trabalhavam conosco na equipe fixa do projeto, fui eu mesma que acompanhei, com a aprovação da Marta e da Cristina. Mas eu vou te ser bem sincera (...), selecionamos professores que já haviam trabalhado conosco. Alguns bolsistas, selecionei por áreas, porque eu queria gente que tivesse experiência em informática e em outras coisas. O pessoal dos professores foi toda uma equipe das ciências sociais (da UFJF), uma galera de BH que veio da UFMG, que a Marta já conhecia. Enfim, foi isso aí: a formação real da equipe foi com base em gente competente, mas pessoas que já conhecíamos. Entretanto, os pesquisadores dos relatórios setoriais sobre as populações foram escolhidos a dedo, porque eles já trabalhavam com essas populações.

Em nossas entrevistas com membros da equipe essa informação da relação interpessoal aparece de maneira clara. A título de exemplo, quando perguntamos como foram incorporados ao projeto, Álvaro Cunha (Bolsista – Pesquisador Júnior) declarou que, inicialmente, teve contato por meio dos bolsistas participantes, sendo posteriormente convidado pela Secretária Executiva a participar efetivamente; Conrado Pável (Facilitador) declarou cursou uma disciplina com a Professora Cristina Dias, conheceu o projeto, e teve o convite feito; Hugo Quintela (Pesquisador Júnior) afirmou ter sido convidado pelas professoras da UFJF e Jessica Vicente (Bolsista – Equipe Operacional) declarou que era orientanda da Professora Marta Mendes.

Porém, consigna-se que os entrevistados também pontuaram as habilidades que detinham que os capacitaram a chamarem a atenção da coordenação e da secretaria executiva

para o convite ser realizado. Foram pontuadas habilidades e competências como: o interesse pelas questões do SUS, a boa comunicação com os professores e participantes do projeto, oratória, organização, dinamismo e trabalho em equipe, manejo de grupo, gestão de tempo, experiência em políticas públicas, especialmente políticas públicas em saúde, domínio dos conteúdos trabalhados no projeto, gerir e organizar as viagens, preparar os materiais para os cursos, saber levantar dados e informações políticas, sociais e culturais sobre as localidades em que o projeto seria realizado, dentre outras<sup>76</sup>.

Nas falas dos membros da equipe, as aplicações dessas habilidades e competências são bem contextualizadas através dos exemplos dados pelos mesmos, como o “*feeling* em certos momentos como em dinâmicas, onde as pessoas ficavam acanhadas ou não entendiam os temas propostos”, para auxiliar as pessoas a estar a par das tarefas que deveriam ser realizadas; ajuda na operacionalização de questões de informática; experiência em processos de grupo para articular o conteúdo “e envolver e mediar a participação dos presentes”; o conhecimento especializado no tema, como o de Hugo Quintela que é especialista em gênero e sexualidade (lembrando que a comunidade LGBT era um dos públicos alvos do projeto), de modo que esse conhecimento foi mobilizado para os relatórios setoriais e nas capacitações. As habilidades de gerência e organização foram importantes para que as etapas fossem cumpridas sem maiores intercorrências.

Portanto, acreditamos que essa proximidade interpessoal não depôs contra a formação da equipe de execução do projeto, ao contrário. Em nosso entender, a formação da equipe deve, sim, contar com pessoas com expertise, comprometimento, compreensão do tema e espírito de grupo, mas também é imprescindível a confiança entre os membros, que, sem dúvidas, é fortalecida a partir da convivência que se estabelece nos mais variados espaços. No caso do projeto, o campo acadêmico se mostrou fundamental para início e sedimentação dessas relações interpessoais e profissionais. Uma evidência é o conjunto dos depoimentos dos entrevistados no sentido da facilidade da comunicação com a coordenação e secretaria executiva. Todos os membros tinham contato de telefone, e-mail, redes sociais, o que agilizava a troca de informações. Os depoimentos são no sentido também da fluidez, com muito aprendizado e harmonia, com boa relação entre coordenação, secretaria executiva e membros da equipe de execução.

É nesse sentido de uma ótima relação interpessoal e aprendizado intenso a afirmação da Professora e Coordenadora Marta Mendes da Rocha sobre o quão rico foi para os

---

<sup>76</sup> Essas declarações podem ser consultadas nos anexos com as entrevistas desses membros.

participantes da equipe técnica da graduação e da pós graduação da UFJF participar do projeto, uma vez que ganharam experiência em executar um projeto abrangente, sob pressão, bem como por adquiriram conhecimento sobre o tema, fizeram trabalho de campo, etc. Sendo, de fato, uma experiência acadêmica, de extensão e profissiona muito rica. A Vice-Coordenadora Cristina Dias avaliou, em nossa entrevista, que sobrou entusiasmo, com engajamento notável do grupo, que demonstrou interesse e expertise.

Astrid corroborou o entendimento da coordenação, afirmando que os bolsistas aprendem demais em projetos como esse. Ela conta que

Nós fizemos vários encontros de capacitação da equipe. Nós fizemos quatro reuniões de formação para toda a equipe que participou como facilitador e eu fazia treinamento com os meninos praticamente todos os meses. Inclusive, todos eles saíram do projeto sabendo mexer com banco de dados, em Excel. Todos eles evoluíram no que diz respeito à aplicação de aplicativos de informática, tipo Word. Tivemos montagem de site. Eles aprenderam a organizar eventos, porque tinha toda aquela coisa de montar datashow, material, montagem do local. Então, para eles foi uma experiência muito importante nesse sentido.

É preciso anotar uma situação interessante e desafiadora. Para além dos dilemas já citados sobre a busca por formar uma equipe multidisciplinar, que conseguisse realizar com competência os requerimentos multi/intersectoriais exigidos pelo projeto, também foi desafiador, segundo a coordenação, a questão do tempo que os professores e pesquisadores poderiam dedicar ao PoloSUS. Essa fala aparece quando questionamos a Professora e Coordenadora Marta Mendes se ela aceitaria coordenar um projeto similar. Sua resposta, denotando essa questão do tempo, foi que “aceitaria, se pudesse dedicar mais tempo ao Projeto”, prosseguindo:

A legislação estabelece um número máximo de horas que os professores efetivos podem dedicar a projetos de extensão. As atividades de extensão ainda são pouco valorizadas pela CAPES e os professores precisam desenvolver várias outras atividades (além das aulas, preparação de aulas, as pesquisas, orientação de alunos de graduação e pós-graduação, elaboração de artigos científicos, cargos de administração e chefia, etc.)

De fato, essa limitação estatutária, que são de 12 horas semanais para que os docentes possam se dedicar à extensão universitária, parece ser uma das questões problemáticas enfrentadas pelo Projeto na etapa preparatória de formação da equipe; sendo que a atividade de extensão não aparece com peso relevante dentre os critérios decisivos para a avaliação de

programas de pós-graduação junto à CAPES<sup>77</sup>. Esse limite e o pouco apreço do órgão avaliador dos programas de pós graduação brasileiros são circunstâncias que podem enfraquecer, como acreditamos que enfraquece, a possibilidade de engajamento de mais docentes em atividades de extensão como essa, ainda que o PoloSUS tenha congregado também os vetores de pesquisa e inovação tecnológica.

Então, dados esses registros e discussões, em nosso entendimento, a concretização de uma equipe multidisciplinar com o nível e pluralidade conseguidos pelo PoloSUS é digno de nota.

### 3.3.6. Estratégias e esforços para mobilização do público-alvo e municípios parceiros

Outro importante momento foi a mobilização do público-alvo. Segundo a Secretária Executiva, a comunicação com os municípios se dava junto às secretarias de saúde e aos conselhos de saúde, conselhos de assistência social, conselhos de assistência social, dentre outros. Essa etapa exigiu esforços da equipe para revisar e atualizar as bases cadastrais de dados identificadores e localizadores de órgãos públicos, pessoas, entidades, grupos e movimentos sociais; bem como houve concentração de energia para produzir, planejar, editar e imprimir material gráfico de divulgação, com foco, inclusive, nas redes sociais e *website*.

Tal momento também foi duradouro, tendo como marco inicial o mês de fevereiro de 2015 e se encerrando em 18 de abril de 2016. Isso denota, em nosso entender, a pouca organização dos dados sobre os movimentos sociais e grupos sociais que compõem os municípios. Essa base de dados reorganizada já foi, por si só, um grande contributo como informação gerada e pesquisa pública em saúde. Sobre a dificuldade da tarefa de pesquisa e organização dessa base de dados, nas palavras da Secretária Executiva do Projeto,

o contato inicial com as secretarias municipais de saúde, com os conselhos municipais de saúde e, principalmente, com as lideranças dos movimentos sociais foi a tarefa mais árdua do projeto inteiro. Nós passamos meses só para conseguir dos telefones dos conselhos e os endereços dos conselhos. Afinal, foram 280 municípios: 17 pólos e 263 demais municípios (...). O primeiro exercício que a gente tinha que fazer era confirmar os endereços e contatos, criar uma base de dados consistente com os contatos: endereço e email, para enviarmos os materiais que nós produzimos, os cartazes, os flyers, os materiais que explicavam os projetos. Nós tínhamos que mandar tudo isso para todos os conselhos municipais, para todas as secretarias municipais e também para os contatos das lideranças sociais, conselhos

---

<sup>77</sup> Para verificação dos pesos atribuídos à extensão pela CAPES na última avaliação nas áreas de Ciência Política e de Sociologia, ver os seguintes links: (a) [http://www.capes.gov.br/images/documentos/Documentos\\_de\\_area\\_2017/39\\_cpol\\_docarea\\_2016.pdf](http://www.capes.gov.br/images/documentos/Documentos_de_area_2017/39_cpol_docarea_2016.pdf). (b) [http://www.capes.gov.br/images/documentos/Documentos\\_de\\_area\\_2017/34\\_SOCI\\_docarea\\_2016.pdf](http://www.capes.gov.br/images/documentos/Documentos_de_area_2017/34_SOCI_docarea_2016.pdf). Ambos acessados em 28 de fevereiro de 2018

de assistência social, conselhos LGBT (que a gente teve algum contato). Então, era preciso que nós obtivéssemos esses dados.

Conseguir falar com os secretários e criar um vínculo de contato com uma pessoa que ficasse responsável pelo projeto (nessas secretarias) era a tarefa mais difícil. O primeiro evento desse projeto foi conseguir falar com todos os secretários de saúde, presidentes de conselhos dos 17 pólos e convidá-los para o evento de abertura.

Realizados esses passos, vem o momento limítrofe entre a formulação/elaboração, que é o momento de inauguração do Projeto perante o “grande público”, isto é, o momento do lançamento do Projeto, que foi realizado no anfiteatro da Engenharia no campus da UFJF, em Juiz de Fora. O lançamento mobilizou representantes do Ministério da Saúde<sup>78</sup>, Prefeitos, Secretários de Saúde, Conselheiros de Saúde e comunidade acadêmica da Universidade. A Organização do evento e sua realização deu-se entre 05 e 10 de março de 2015. Ato contínuo, foram propostos termos de parcerias com os municípios-sede de 17 polos microrregionais e também o termo de adesão voluntária para colaboração<sup>79</sup> para 263 municípios abrangidos pelo Projeto. O lançamento do Projeto foi pensado para ser o ponto de reunião da equipe formuladora com os gestores locais, principalmente dos 17 municípios-sede, que seriam importantes para a plena realização dos objetivos.

Questionada sobre o critério de escolha desses municípios que seriam os “pólos”, isto é, os municípios que concentrariam as atividades, a Coordenação do Projeto apontou que foram seguidas as orientações do IBGE, que definem os municípios que fazem parte de cada região de planejamento do Estado, também definindo o pólo. A Coordenadora Marta Mendes apontou que, mais adiante na execução do Projeto, perceberam que essa não foi a melhor escolha, uma vez que já existia uma regionalização da saúde definida pelo governo de Minas Gerais. A Coordenação afirmou que, a rigor, não havia maiores discrepâncias entre as duas organizações regionais, mas adotar a regionalização da secretaria de saúde de Minas Gerais seria mais coerente. Isso denota a pouca articulação entre o Projeto e o nível estadual. Como a Coordenação afirma: “nossa relação se dava de forma direta com o nível municipal (na figura dos prefeitos, secretários de saúde, assistência social, conselheiros e lideranças municipais) e com o nível federal (SGEP)”.

---

<sup>78</sup> Fernando Eliotério foi quem representou o órgão. Ele contou, em entrevista, com orgulho, que discursou na ocasião do lançamento do projeto, com a autorização do Ministro de então, mesmo que já não fizesse mais parte da estrutura do Ministério da Saúde. Um justo reconhecimento a uma figura importante para a realização do PoloSUS. Nesta nota, agradeço uma vez mais a disponibilidade de nos receber para a entrevista.

<sup>79</sup> Conforme explicado por Astrid Sarmiento, “o termo de parceria com o município pólo era feito entre esse polo e a Universidade Federal de Juiz de Fora. Pelo termo de parceria, o município pólo ficaria responsável por disponibilizar um local em que realizaríamos o curso e por outros protocolos de infraestrutura: data-show, multimídia, para que utilizássemos no curso, essa era a contrapartida que a gente pedia para o município sede, e que ele auxiliasse na mobilização. Já os outros 263 municípios assinavam um termo de colaboração, afirmando que estavam dispostos a participar dos diagnósticos, capacitações, e que se comprometiam a divulgar e auxiliar na capacitação”.

Corroborando o critério do IBGE, a Vice-Coordenadora, Cristina Dias, observou que também foram critérios o tamanho populacional e a expressão regional dos municípios. Foram escolhidas as cidades “mais importantes”, segundo os dados cruzados de município e estado, a Vice-Coordenadora explicou que “as cidades que eram mais expressivas regionalmente tinham a facilidade de ter espaço (escolas públicas, etc.) para realizar as etapas do projeto e era de fácil acesso” pensando nas pessoas que moravam nos municípios do entorno. Nesse ponto, consultando o artigo escrito pela Professora Cristina Dias (SILVA, 2017), havia uma percepção crítica, ao menos por parte da Vice-coordenadora, ou até mesmo uma preocupação de que a execução do projeto (não) ilustrasse a percepção própria dos agentes governamentais ao ter a amostragem como o método de produção de conhecimento e ter como principal referência para definição dos municípios a importância administrativa destes dentro do contexto de Minas Gerais (SILVA, 2017, p.2).

Os critérios utilizados também revelavam a preocupação em relação à facilidade de acesso da equipe de pesquisadores, sendo mais racional do ponto de vista dos custos. A racionalidade com custos aparece nos registros dos cadernos de campo, que apontam a preocupação em registrar os gastos com lanches, cafés e hotéis utilizados pela equipe. Aliás, registre-se a fibra da equipe em lidar com horários de ônibus complicados para deslocarem entre as cidades para os diagnósticos e capacitações, bem como a capacidade de adaptação para os hotéis e eventuais complicações inesperadas nas condições de realização das etapas.

Anote-se que todos os gestores locais receberam convites para comparecer ao lançamento, muito embora, como Astrid anotou em entrevista, o PoloSUS não tenha conseguido trazer todos para o lançamento. Já nesta etapa, houve o registro através de lista de presença, fotos e matérias jornalísticas<sup>80</sup>. Há registros de representantes dos pólos de Juiz de Fora, Barbacena, Manhuaçu, Cataguases, Ipatinga, Ubá, Viçosa, bem como representantes de grupos sociais abarcados pelo Projeto, pesquisadores, professores e estudantes. O número de representantes presentes nos pareceu um indicativo de baixa adesão neste primeiro momento.

Avaliamos que essa baixa adesão foi um primeiro obstáculo posto que o lançamento do Projeto aparecesse nas entrevistas e conversas com a equipe de coordenação do Projeto, secretaria executiva e nos relatórios, como uma etapa que continha a expectativa de afirmar a adesão dos municípios ao projeto. Contudo, é preciso reconhecer que há uma dificuldade relevante de articulação e mobilização dos municípios mineiros, como apontou a Secretaria Executiva: “quando estamos falando de minas gerais, nós estamos falando de 853 municípios

---

<sup>80</sup> Por exemplo, ver: <http://www.ufjf.br/secom/2015/03/13/ufjf-e-ministerio-fazem-parceria-para-promocao-de-saude-a-minorias/>. Acesso em 11 de março de 2018.

extremamente distantes um dos outros. Estamos falando de quase um país, é o terceiro maior estado do Brasil. Então, essa dificuldade era muito grande, então, eram muitos telefonemas”.

De fato, naquela oportunidade a equipe de coordenação reafirmou a importância de contar com os municípios como importantes atores e parceiros na execução dos objetivos do PoloSUS. Para isso, na oportunidade do lançamento, iniciaram-se duas estratégias para formalizar as parcerias. A primeira visava estreitar os laços de cooperação com os 17 municípios-polo, para que sediassesm os eventos de capacitação em nível microrregional de abrangência de cada um destes municípios. A segunda estratégia envolveu as demais 263 cidades, a partir da proposta de adesão voluntária, para que auxiliassem a execução através de divulgação, mobilização dos órgãos e movimentos locais.

Foi um período de muitas dificuldades como já apontado. Astrid completou a narrativa dizendo que muitas vezes não conseguiam fechar os acordos, termos de parcerias e termos de adesão ou, ainda, não conseguiam contato com os secretários e presidentes de conselhos (muitos desses conselhos não tinham uma sede e a equipe não conseguia encontrar um endereço alternativo). Astrid aponta que esse foi um grande obstáculo para o início do projeto, tanto que a ausência de contato e, o outro lado da moeda, a busca incessante por conseguir esses contatos – a equipe foi até à Assembleia Legislativa de Minas Gerais e IPEA, por exemplo - fizeram com que o cronograma inicial fosse atrasado, reformulado.

As estratégias para a mobilização do público-alvo – gestores, usuários, grupos minoritários e lideranças sociais – foram uma “obsessão constante” para a equipe (SILVA, 2017, p.3), que acreditava ser importante prestar contas ao Ministério da Saúde sobre o empenho e o desempenho. Consequentemente, folhetos e cartazes foram produzidos e enviados para divulgação; as redes sociais, telefonemas e e-mails foram trabalhados com exaustão, “às vezes com mais ênfase do que a reflexão esmiuçada sobre os dados” (SILVA, 2017, p.3).

#### **3.4. O limiar entre formulação e implementação: o diagnóstico participativo, sua aplicação e entraves**

Mesmo a partir dessas definições discutidas, outras questões permeavam as preocupações da coordenação e equipe, como exemplifica a Professora Cristina Dias (SILVA, 2017, p.2):

Uma série de abstrações nos incomodava: como produzir diagnósticos participativos em eventos que duram dois dias? Como avaliar o nível de participação social dos sujeitos tomando como exemplo os próprios funcionários das secretarias de saúde e

lideranças dos movimentos sociais? Não seria, no mínimo, um critério arriscado? Não estaríamos, em vez de pesquisar sobre um tema tão caro como a participação, apenas ilustrando e projetando mecanismos de poder tipicamente governamentais? Será que o modelo de “aula”, “encontro temático” ou ainda “palestra” já não esgotou suas possibilidades de lidar com a contradição entre duas formas de conhecimento muito distintas?

Com efeito, decisões precisavam ser tomadas e, a partir disso, houve a definição do método de dividir o tempo e o espaço em módulos, em um primeiro momento o diagnóstico e, após, as capacitações (SILVA, 2017, p.2-3). A divisão em etapas (diagnóstico participativo, capacitações e plataforma virtual) teve razões técnicas e teóricas para assim ser, segundo a Vice-Coordenadora. Segundo a Vice-Coordenadora, não havia como realizar todos os passos de uma vez, pois a logística de deslocamento da equipe e a disponibilidade dos participantes não permitiam uma imersão no projeto de semanas. Assim, como afirma a Professora Cristina Dias: “duas etapas trouxeram a possibilidade de organizar dois procedimentos importantes: consultar e interagir com as populações alvo, na primeira etapa, e depois disso, formular um material interessante para as capacitações, segunda etapa”.

A primeira parte do Diagnóstico, em nossa avaliação, também se encontra no limiar entre a formulação da política/projeto e a efetiva implementação; isso porque essa primeira parte cuidou de gerar informações sobre a realidade local de cada município e principalmente sobre as condições de vida e saúde dos grupos considerados pelo Projeto como em situação de vulnerabilidade.

Essa primeira etapa – diagnóstico - teve como principais bases os dados secundários, sobretudo em relação: a) estrutura do SUS e indicadores básicos de saúde no município, levando em consideração a existência de equipamentos, o acesso e a utilização dos serviços, tendo como principal fonte de consulta o Data SUS<sup>81</sup>, b) estruturas de participação e gestão nos municípios, nas áreas de saúde, assistência social, direitos humanos, em outras palavras, a investigação sobre os dados voltou os olhos para a existência de conselhos municipais, planos municipais, consórcios e fundos municipais, tendo por referência os dados disponíveis no site sobre o Perfil dos Municípios Brasileiros (MUNIC<sup>82</sup>), c) a produção de relatórios sobre as populações em situação de vulnerabilidade social e de iniquidade no acesso à saúde abrangidas pelo POLOSUS, isto é, relatórios sobre as condições de vida das populações dos campos e da floresta, população em situação de rua, população LGBT e população cigana. Este ponto “c” foi especialmente importante dado o princípio da equidade que o Projeto buscou aplicar, além de, reforce-se, ser uma demanda vinda da DAGEP/SGEP. Buscou-se

---

<sup>81</sup> A plataforma do DATASUS é acessível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em 15 de março de 2018.

<sup>82</sup> A plataforma do MUNIC é acessível em: <https://munic.ibge.gov.br/>. Acesso em 15 de março de 2018.

sistematizar os dados e reunir maiores informações sobre as condições de vida e saúde destes grupos, considerando os determinantes socioeconômicos e culturais, bem como registrar a presença desses grupos nos 280 municípios; junto a isso, a pesquisa tentou mapear a existência de programas, projetos e políticas públicas voltadas para esses grupos sociais.

Com efeito, sem querer produzir ou reproduzir dados amplamente divulgados nas bases públicas citadas, essa primeira etapa teve como principal objetivo sistematizar e organizar esses dados com foco nos municípios abrangidos pelo PoloSUS. O produto imaginado seria construir uma grande base de dados, um quadro geral sobre a estrutura do SUS (existência de equipamentos suficientes, nível de acesso e utilização dos serviços de saúde) e níveis de eficiência em relação à gestão e controle social do SUS. Segundo o Relatório Final do Projeto, esses relatórios foram produzidos e enviados à SGEP/DAGEP.

Em nosso entendimento, aconteceu nesta etapa um momento híbrido entre formulação e implementação, porque, como visto, a ferramenta do Diagnóstico Participativo é comumente utilizada como um instrumento para a extensão e pesquisa, mas no PoloSUS foi também aplicada como recurso de inovação tecnológica de caráter social, uma vez que objetivasse fazer parte da grande base de dados da Plataforma Virtual de Redes Colaborativas (“terceira” etapa do Projeto). Nesse sentido, como parte desta Plataforma Virtual de Redes Colaborativas, esse material informativo produzido via relatórios setoriais e (re)organização dos dados dispersos e atualização dos indicadores funcionam, por si, como produtos da implementação do PoloSUS já nesta primeira fase.

Nada obstante, essas informações sistematizadas e atualizadas poderiam ser uma base relevante para mapeamento inicial das atividades seguintes de diagnóstico diretamente construído com os participantes, bem como para as capacitações em gestão participativa e controle social do SUS, que aconteceriam a seguir.

Realizada a formulação, lançamento do Projeto e primeira parte do Diagnóstico, foram abertas as inscrições no site do Projeto, hospedado pela UFJF, realizadas via contato telefônico, contando com a ajuda, em alguns municípios, dos Conselhos Municipais de Saúde e Conselhos Municipais de Assistência Social locais, bem como outras instituições. Esses órgãos receberam o formulário de inscrição, em uma tentativa do PoloSUS alcançar os usuários interessados que não dispusessem de acesso à internet. O empenho em atender as demandas e propiciar a participação no Projeto levou à possibilidade de inscrições também nos dias dos diagnósticos e capacitações.

Realizadas as etapas de diagnóstico parcial via dados secundários e as inscrições, passou-se à segunda etapa do diagnóstico participativo e às capacitações. A seguir, falaremos sobre o diagnóstico rápido participativo, deixando as capacitações para o próximo capítulo.

O diagnóstico rápido participativo (DRP) aconteceu nos 17 municípios-sede das microrregiões, com duração de 8 horas em cada encontro, nos meses de maio, junho e julho de 2015. Os participantes foram conduzidos a discutir as iniquidades e os problemas no acesso à saúde em seus respectivos municípios e os potenciais obstáculos relacionados ao controle social e à gestão local quanto a participação e democracia no SUS. Essa discussão teve auxílio dos facilitadores, que deram o suporte técnico e de expertise nessas discussões.

José Augusto colocou, na entrevista, que essa era uma coluna forte do projeto, o fato de se testar modelos de tecnologia social como o diagnóstico participativo. Segundo José Augusto,

O diagnóstico rápido participativo é uma forma de desenvolver modelos de pesquisa que podem ser aplicados em qualquer lugar, em qualquer comunidade, respeitando as suas particularidades, mas que é possível obter informações de público, de qualificação desse público, de potencial desse público, de demandas desse público para que se possa realizar ou construir determinada política pública.

Então, o diagnóstico rápido participativo é uma tecnologia social, que não foi inventado por nós, mas foi apropriado, melhorado e adaptado para essa realidade desse público do PoloSUS e tem como propósito justamente descobrir lacunas e ajudar a preencher essas lacunas. Nosso propósito era perceber quais as lacunas sobre controle social de nosso público alvo, por exemplo, dificuldades sobre informação, sobre acesso a informação, trabalhar essa informação para que essa informação se transformasse em conhecimento. Preenchemos essas lacunas dando capacitação, que era outra fase deste trabalho.

(...) [os modelos de diagnósticos participativos] são estratégias em que você vai ao encontro da pessoa em sua comunidade, em sua região, e provoca nela a confiança, para que ela potencialize aquele espaço de troca de informação e gere as informações que você está querendo. Não no sentido de ser uma fornecedora de informação, mas no sentido de ser uma articuladora de demandas. Ou seja, na medida em que ela está te fornecendo informações, ela também está te apresentando demandas e desenhando contigo como ela quer satisfazer aquelas demandas. Isso ficou muito aparente nos diagnósticos participativos.

Essa segunda etapa do diagnóstico, classificado como rápido – o que fez muito sentido pelo tempo relativamente curto dos encontros – e participativo, visto a interação dos participantes, foi importante pelo uso da pesquisa-ação. Os envolvidos no Projeto foram incentivados a refletir e compreender a própria realidade em relação ao funcionamento e gestão do SUS no município e à participação e ao controle comunitário. A pesquisa-ação pode ser enquadrada aqui, uma vez que a expertise da equipe executora foi empregada também neste momento da condução. A pesquisa-ação se distingue da pesquisa tradicional “principalmente porque a pesquisa-ação ao mesmo tempo altera o que está sendo pesquisado e

é limitado pelo contexto e pela ética da prática” (TRIPP, 2005, p. 47). Projetos como o PoloSUS, dada a localidade de sua atuação, podem surtir efeitos de níveis diversos em cada localidade aplicada<sup>83</sup>.

A Professora Cristina Dias apontou, em entrevista, a concepção do diagnóstico como canal de protagonismo e construção de uma experiência coletiva a partir das narrativas de cada participantes a partir de seu ponto de vista, de modo que o PoloSUS canalizasse essas impressões e vivências para engajar essas pessoas no debate sobre controle social e participação popular no âmbito do SUS. A Professora Cristina Dias registra que

O diagnóstico participativo foi pensado para produzir dados sobre o que aquelas pessoas pensavam sobre o SUS. O que sabiam ou como viviam a experiência com o SUS, fosse secretário ou conselheiro local de saúde, liderança comunitária, usuários em geral. Sem eles, não teria havido capacitação da forma como imaginamos no projeto. Não queríamos fazer um projeto de educação sem diálogo, queríamos ouvir as pessoas e engajá-las no debate sobre a participação social e política na saúde a partir das suas demandas.

É nesse sentido o registro da Coordenadora Marta Mendes em entrevista:

No início do projeto pensamos na necessidade de realizar diagnósticos sobre o acesso e às iniquidades à saúde considerando os públicos-alvo do projeto em nossa área de abrangência – as três microrregiões Vale do Rio Doce, Zona da Mata e Campos das Vertentes. Existem muitos estudos sobre o tema, muitos dados acumulados, mas sentimos a necessidade de conhecer mais de perto a realidade da região que iríamos abranger. Por isso, decidimos realizar os diagnósticos setoriais contratando profissionais para realizarem esses estudos, um para cada público-alvo (,,), mas entendemos que o diagnóstico não poderia se restringir ao trabalho de especialistas, isso não seria coerente com os princípios na base do projeto. Por isso, concebemos o diagnóstico participativo que era uma forma de envolver o público-alvo na identificação e na análise da situação, dos problemas e potenciais.

O lado negativo é que não tínhamos muito tempo, então os diagnósticos participativos ficaram restritos a um encontro de 8 horas. Por outro lado, penso que a avaliação geral foi muito positiva. Foi um primeiro contato com o público-alvo, oportunidade para as pessoas se conhecerem, entenderem melhor os objetivos do projeto, falarem sobre suas realidades, etc. Penso que falhamos em alguns aspectos em relação ao diagnóstico. Os relatórios setoriais não tiveram a mesma qualidade, alguns ficaram melhores que os outros (o que decorreu do comprometimento dos profissionais que contratamos). Se não me engano, nos 5 relatórios, tivemos 6 pesquisadores envolvidos/responsáveis. Apenas 1 não tinha vínculo com a universidade, mas bastante conhecimento e experiência acumulados no tema. Dos demais, um era aluno da pós-graduação, também com conhecimento acumulado no tema, e os demais professores doutores. Nós não aproveitamos tanto o produto desse trabalho como deveríamos e/ou poderíamos. Os relatórios deveriam ter circulado mais, deveriam ter sido analisados com mais cuidado e o resultado ser circulado entre o público-alvo do projeto. Isso não ocorreu por falta de tempo da coordenação.

---

<sup>83</sup> Porém, em decorrência do tempo de uma dissertação de mestrado, essa possibilidade ficou como um ponto para uma pesquisa futura. Nada obstante, os materiais produzidos pelo Projeto, sobretudo o conteúdo dos módulos, apontam para essa diferenciação a partir das informações expostas sobre as realidades de cada microrregião.

Também poderíamos ter tentado articular melhor esse diagnóstico feito pelos especialistas com o diagnóstico participativo.

José Augusto resume bem a função “afetiva” do diagnóstico: “era uma maneira de romper com a frieza dos formulários”. Nessa momento da pesquisa-ação há um momento fronteiro entre o diagnóstico e a capacitação, uma vez que os participantes se mobilizam e articulam de modo a refletir e questionar a realidade que vivem ao mesmo tempo que desenvolvem competências e capacidades para atuar sobre essa realidade. A partir disso, a secretária executiva relatou que relações e redes foram criadas e adensadas.

O grande esforço de mobilização empreendido pela equipe executora do PoloSUS resultou em 1056 inscritos, advindos de 151 municípios diferentes.

Tabela 2. Número de inscritos nos pólos abrangidos pela mesorregião do Campo das Vertentes

POLO	Número de Inscritos
Barbacena	61
Lavras	74
São João Del Rei	86

Fonte: Elaboração própria, adaptação a partir dos formulários do PoloSUS e relatório de gestão do Projeto.

Tabela 3. Número de inscritos nos pólos abrangidos pela mesorregião do Vale do Rio Doce

POLO	Número de Inscritos
Aimorés	39
Caratinga	102
Governador Valadares	102
Guanhães	35
Ipatinga	76
Mantena	25
Peçanha	27

Fonte: Elaboração própria, adaptação a partir dos formulários do PoloSUS e relatório de gestão do Projeto

Tabela 4. Número de inscritos nos pólos abrangidos pela mesorregião da Zona da Mata

POLO	Número de inscritos
Cataguases	23
Juiz de Fora	83
Manhaçu	52
Ponte Nova	78
Muriaé	26
Ubá	67
Viçosa	100

Fonte: Elaboração própria, adaptação a partir dos formulários do PoloSUS e relatório de gestão do Projeto

Na tabela abaixo (tabela 5), busca-se representar melhor o número de municípios que tiveram interessados inscritos em relação aos municípios originalmente abrangidos no Projeto. A tabela representa as inscrições por pólos (microrregiões) das mesorregiões, segundo a sequência Vale do Rio Doce, Campo das Vertentes e Zona da Mata.

Tabela 5. Municípios com participantes efetivamente inscritos em relação aos Municípios originalmente abrangidos no PoloSUS, por pólo/microrregião

Polo/Microrregião	Número de Municípios com participantes efetivamente inscritos	Número de Municípios inicialmente abrangidos pelo Projeto
Aimorés	4	13
Caratinga	12	20
Governador Valares	14	25
Guanhães	5	15
Ipatinga	13	13
Mantena	3	7
Peçanha	9	9
Barbacena	12	12
Lavras	5	9
São João Del Rei	12	15

Cataguases	5	14
Juiz de Fora	10	33
Muriaé	5	20
Manhuaçu	9	20
Ponte Nova	13	18
Ubá	10	17
Viçosa	10	20

Fonte: Elaboração própria, adaptação a partir dos formulários do PoloSUS e relatório de gestão do Projeto

No Diagnóstico Rápido Participativo, a partir desses dados de 1056 pessoas inscritas, a previsão inicial de contar com um universo de 1400 pessoas foi quase atingida. Segundo informações passadas pela Secretária Executiva, cerca de metade desses participantes do diagnóstico eram conselheiros das áreas de saúde, direitos humanos e assistência social. Conforme apontou Marta Mendes – coordenadora do Projeto – e também Astrid Cosac – Secretária Executiva -, houve um ajuste no planejamento inicial e foram possibilitadas inscrições de outros interessados que não o público-alvo inicial (conselheiros, líderes comunitários, líderes de movimentos sociais e grupos abrangidos pela política de equidade da DAGEP e profissionais da saúde). Essa mudança de rota teve como principal motivação a dificuldade em preencher o número de vagas ofertado com o público original. Essa incrementação aparece como acertada, dado o número relevante de pessoas que “escapam” ao traçado inicialmente, gerando a condição de mais pessoas, de círculos variados, terem participação no diagnóstico participativo e futuramente ter contato com as capacitações ofertadas sobre a temática do controle social e participação na gestão do SUS.

Em relação aos municípios, conforme os dados registrados nas tabelas anteriores, foram alcançadas 151 das 280 localidades traçadas no projeto. Esse alcance de aproximadamente 54% da meta estabelecida foi ainda menor nas capacitações, conforme veremos adiante, o que denota a situação das incertezas trazidas pela literatura em relação à implementação.

Houve um grande e contínuo esforço para que a divulgação do PoloSUS levasse à participação dos gestores, lideranças locais e conselheiros de saúde, assistência social e direitos humanos, bem como a efetiva participação dos grupos sociais considerados em situação de vulnerabilidade social e iniquidade no acesso à saúde tratados pelo PoloSUS. O

diagnóstico participativo nos municípios também possuía como objetivo relevante mapear as condições socioeconômicas dos municípios, de modo que seria bastante especial ter as informações a partir das visões/opiniões dos munícipes e pessoas enquadradas nos grupos sociais citados. Lamentavelmente, apesar das diversas estratégias de divulgação empreendidas pela equipe, o número de municípios representados foi significativamente baixo, havendo “sobra” nas vagas oferecidas para essa etapa.

Questionadas sobre essa situação, tanto a coordenação quanto a secretaria executiva do Projeto apontaram que um dos mais relevantes obstáculos para maior engajamento participativo no Projeto esteve diretamente ligado a pouca adesão dos gestores e também dos conselheiros de saúde dos municípios alvo. Desde o lançamento do Projeto, quando foram convidados, via ofício, esses gestores e conselheiros, bem como deputados federais e estaduais, prefeitos, secretários de saúde e assistência social, para dar início ao envolvimento, parceria e adesão entre as partes, o apoio e adesão foram variáveis de município para município.

Muito embora os esforços da equipe tivessem sido constantes, bolsistas, equipe técnica e a secretaria executiva afirmaram em entrevistas que muitas vezes, em relação a vários municípios, foram necessários meses de contatos telefônicos para obtenção de apoio quanto a infraestrutura física e de equipamentos para a realização do diagnóstico participativo. É apontado ainda na equipe que houve certeza dentro da equipe que muitos gestores locais não se mobilizaram em nada para divulgar o PoloSUS no próprio município e nos municípios vizinhos. O caderno de campo de Caratinga ressalta essa situação, em que “os participantes relatam do desconhecimento do PoloSUS, que não há divulgação por parte da cidade.”. Em Mantena, por exemplo, segundo o relato do caderno de campo, “funcionários do CRAS não foram liberados para participarem na sexta pelo secretário, que alegava ‘que o tema nada tinha a ver com a assistência social’”. As palavras da bolsista Jessica são cirúrgicas:

Tendo em vista que o projeto necessitava de apoio e empenho das prefeituras e demais poderes locais, toda a trajetória histórico cultural brasileira, marcada por relações de clientela e dependência pessoal e exclusão do universo da cidadania de boa parte da população, coloca-se como empecilho.

As palavras da Coordenadora do PoloSUS também ilustram esse obstáculo enfrentado pelo Projeto:

Enfrentamos dificuldade para mobilizar aqueles que deveriam ser nossos parceiros no nível local: prefeitos e secretários municipais. Enviamos uma carta de apresentação do projeto, fizemos contatos por e-mail e telefone e enviamos um

termo de adesão a todos os prefeitos dos 17 municípios-polo (...) mas obtivemos um retorno muito baixo. Nós sabemos das condições precárias de muitas prefeituras, não estávamos pedindo recursos financeiros. Pedíamos apoio na divulgação (enviamos material de divulgação impresso junto da correspondência), um espaço físico para realização das atividades, equipamento (áudio e datashow) e apoio, se possível, no deslocamento dos participantes. Nós também pedíamos que o prefeito ou secretário designasse alguém (servidor) para acompanhar/apoiar nossa equipe antes e durante a capacitação.

Ao fim e ao cabo (após muitas tentativas e muitas dificuldades em alguns municípios), nós conseguimos assegurar espaço físico, equipamento e apoio de algum profissional. Nem sempre o espaço era compatível com a proposta do projeto, mas tínhamos que aceitar o que era possível obter. Quando as cadeiras eram fixas ou eles disponibilizavam uma espécie de auditório, por exemplo, era prejudicial ao desenvolvimento das atividades. Mas tínhamos que nos virar com o que era possível conseguir.

Voltando olhos para os participantes, a secretaria executiva do projeto observou que muitos se inscreveram para o diagnóstico participativo, entretanto uma quantidade relevante não compareceu. Neste ínterim, por exemplo, o caderno de campo de cataguases aponta que “não foi possível realizar o diagnóstico pela ausência dos inscritos, apenas 3 participantes apareceram”.

Com efeito, a hipótese da equipe é que a ausência dos participantes nos diagnósticos é produto de muitas questões, dentre elas a dificuldade de muitos inscritos, principalmente as lideranças comunitárias e dos grupos sociais vulneráveis, custearem despesas de deslocamento e estadia para a participação nos diagnósticos nos municípios em que foram realizados. Essas dificuldades voltariam a ser enfrentadas também nas capacitações, vide o exemplo de Barbacena, que segundo o registrado no caderno de campo, houve “*falta de transporte até para Secretários, não estão liberando os carros, existem recursos, mas estes não são disponibilizados*”.

Nada obstante, apesar dessa situação de variável ou pouco apoio dos municípios, o PoloSUS avaliou, através de sua equipe, que a etapa conseguiu cumprir boa parte do que era esperado, sobretudo por ter possibilitado coletar informações e dados, mapeado as percepções do público alvo que compareceu sobre a gestão participativa no SUS, quais são os desafios e problemas enfrentados diariamente nos municípios respectivos em relação ao acesso à saúde e, quanto aos municípios representados, foram formadas algumas bases, redes, articulações e parcerias com os gestores públicos e lideranças sociais. Como afirmou José Augusto, a experiência de reunir diversos setores, segmentos e pessoas envolvidas com o SUS que contribuíram com informações e vivências, ofereceram para a Universidade “uma leitura do seu mundo em torno do controle social, para que a Universidade pudesse transformar isso em

informação e conhecimento acessível”. De modo que, “a idéia do diagnóstico gerou, na prática, muita informação, que ainda pode ser trabalhada”.

É possível notar já neste ponto que o esforço foi hercúleo para mobilizar o público-alvo, fazer contato com os gestores, organizar as condições de execução do projeto e montar a estrutura burocrática, humana e instrumental para a realização do PoloSUS. Acreditamos que ao longo do tempo e com o desenvolvimento das tomadas de decisão para a execução do projeto, aliada à responsabilidade advinda do montante de recursos alocado pelo Ministério da Saúde, cerca de um milhão de reais, a equipe, sobretudo as coordenadoras, passaram a ter a preocupação em ter, além de empenho, desempenho (DIAS, 2017). Isso pode ser traduzido pela própria noção de “projetismo” sobre que fala Ana Carolina Pareschi (2002).

Pareschi (2002, p.21) fala sobre a idéia de projetos em políticas públicas, afirmando que a idéia de projeto tem uso corrente, compreendido como um planejamento racional de condutas visando fins específicos, mas essas condutas operam dentro de contextos culturais específicos. Disso, a autora cunha o termo “projetismo”, querendo significar “uma forma específica de articular elementos, manifesta na concepção, realização e avaliação de “projetos” que muitas vezes independe do contexto e dos atores sociais para os quais são formulados” (PARESCHI, 2002, p. 21).

Parece-nos ser justamente o caso quando as estratégias de execução antecipam cenários sem antes fazer um levantamento prévio dos contextos sociais vivenciados. Acreditamos que isso fica patente ao pré-definir a idéia de diagnóstico participativo e as dinâmicas dentro dos diagnósticos e das capacitações que serão pontuadas no próximo capítulo. Em determinado ponto, as estratégias levam em consideração de primeiro plano o acontecimento, evento, a realização do projeto, não exatamente os resultados, no caso, o aumento da participação e do controle social nos municípios abarcados. Essas questões devem ficar mais claras a partir do próximo capítulo.

### **3.5. Conclusões do capítulo**

O capítulo três cuidou essencialmente de iniciar o estudo de caso sobre o PoloSUS, colocando em foco a entrada e consolidação da agenda da participação popular e controle social no âmbito do SUS, as tomadas de decisão com a formação da equipe, estrutura burocrática, procedimentos e fluxos comunicacionais para realização do projeto e demais reflexões.

Assim, concluímos que o POLOSUS - Polo Institucional de Fortalecimento da Gestão Participativa do Sistema Único de Saúde – se baseou na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, que, como visto, orienta as ações do governo na promoção, qualificação e aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas no âmbito da saúde. Essa Política, o ParticipaSUS, focalizada na educação permanente e popular em saúde, buscando o fortalecimento da participação popular e controle social no âmbito do SUS, parece consolidar um pacto institucional, de Estado, firmado a partir da Constituição de 1988 e das Leis 8080 e 8142 de 1990, muito embora tenhamos registrado que o impacto, sedimentação, abrangência, pluralidade e frequência da agenda de participação e controle social tenham sido intensificados a partir de 2003, com o início do governo Lula.

O Projeto tinha como objetivo a promoção do fortalecimento das políticas de gestão participativa do SUS, através da geração de conhecimento e capacitação dos gestores públicos e lideranças sociais; produzindo e difundindo informações e conhecimentos sobre o funcionamento da participação social no âmbito do SUS e contribuindo para a geração e disseminação de novas tecnologias e experiências bem sucedidas de participação e controle social nos diferentes municípios<sup>84</sup>. Deste modo, se propunha a gerar conhecimentos, informações e a promover a capacitação e a mobilização de lideranças sociais e agentes da área de saúde. Junto à ideia de capacitação para a participação, o projeto pretendia agregar a política de equidade, voltando os olhares também para a população do campo e da floresta, população LGBT, população cigana, população negra e a população em situação de rua.

Nesse sentido, a Universidade Federal de Juiz de Fora atuou como parceira junto ao Ministério da Saúde na realização dos objetivos do ParticipaSUS e da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS. Segundo Vanessa Costa e Silva (2014, p. 38), tem havido uma superação do ato estatal de unicamente comprar bens e serviços do setor privado, com a prática cada vez mais recorrente de realizar parcerias entre o Governo e outras entidades não governamentais para produzir e distribuir bens e serviços estratégicos para diversas políticas públicas, como também para administrar essas políticas. Ao Estado interessaria aproveitar a capacidade de gestão do setor para beneficiar o setor público com os conhecimentos tecnológicos e operativos-gerenciais próprios do setor. Respeitadas as

---

<sup>84</sup> Os objetivos serão melhor desenvolvidos nos capítulos seguintes. As informações sobre os objetivos gerais do Projeto podem ser consultados em: < <http://www.ufjf.br/polosus/apresentacao/>>. Acesso em 18 de janeiro 2018.

diferenças, acreditamos que o mesmo raciocínio pode ser empreendido entre o Governo e as Universidades públicas e privadas. É possível e até desejável que a *expertise* desenvolvida nos centros universitários possam ser utilizados na prática de políticas públicas em direitos sociais, gerando o contato da universidade com a sociedade, com conseqüente intercâmbio de saberes e difusão de conhecimento.

Certamente há vantagens em projetos como o PoloSUS. Ao se colocar como parceira do Ministério da Saúde, a UFJF se coloca como realizadora dos compromissos que sua função social requer: compromisso com o saber sistematizado e com os desafios e problemas concretos colocados pela sociedade (KAWASAKI, 1997). Em tempos em que a universidade pública é posta em xeque por argumentos como “custo alto” e “baixo retorno social”, projetos como o PoloSUS reforçam a importância científica e social das universidades.

Essa importância precisa ser focalizada e já restar como ponto de aprendizado a partir do poloSUS a necessidade de maior velocidade burocrática para lidar com projetos como esse. Não nos parece razoável o prazo de 450 dias para início dos trabalhos em razão de ajustes burocráticos e estruturais demandados pela estrutura universitária frente às demandas do Ministério da Saúde. Também no ponto sobre essa importância, é preciso repensar a carga horária disponível dos professores para dedicação aos projetos de extensão e a relevância em termos de pontuação desses projetos nas avaliações dos programas de pós graduação. Ainda que seja satisfatório e recompensatório o trabalho em si, acreditamos que esses incentivos serão determinantes para a condução de novos trabalhos a partir do âmbito universitário.

Porém, também há déficits. Possivelmente, a nota triste do capítulo seja o ponto sobre a baixa adesão dos municípios parceiros já na fase de formulação e início de implementação. Os mesmos entraves apontados na etapa do diagnóstico voltam a aparecer na implementação completa do projeto, sobretudo nas capacitações. Passamos a tratar justamente da implementação, avaliação e perspectivas a partir das próximas linhas.

## **CAPÍTULO 4: IMPLEMENTAÇÃO, AVALIAÇÃO, PONDERAÇÕES SOBRE OS DESAFIOS ENFRENTADOS E REGISTROS DOS AVANÇOS CONQUISTADOS**

### **Introdução**

Neste capítulo, nosso intuito é prosseguir o estudo de caso com nosso recorte analítico baseado na seqüência das fases clássicas dos estudos sobre políticas públicas. Nesse sentido, seguimos para falar sobre a implementação e a avaliação, sobretudo. Ao fim, faremos ponderações sobre os desafios enfrentados e os avanços alcançados pelo PoloSUS.

Com esse intuito, as seções seguem retomando, ainda que em aperta síntese, os conceitos sobre implementação e avaliação, com a explanação dos dados respectivos sobre o nosso objeto de pesquisa. No caso da implementação, há uma descrição mais alongada sobre as capacitações, objetivando que os leitores possam visualizar melhor os conteúdos ministrados e as dinâmicas formatadas pela equipe executora. Quanto às avaliações, buscamos relatar e discutir os dados obtidos a partir dos formulários aplicados ao fim de cada uma das fases de implementação. A seção da avaliação aparece com análises mais críticas que a anterior. Isso não quer dizer que a implementação não mereça críticas ou análises, mas essas restaram para as duas últimas seções deste capítulo, isto é, estão radicadas nas ponderações sobre os desafios, dilemas e avanços do projeto PoloSUS.

### **4.1. Implementação**

Retomando o que colocamos no capítulo 1, a implementação de uma política pública é compreendida como a operacionalização de uma decisão tomada pelo governo, constituindo uma série de decisões e ações direcionadas a colocar a decisão em prática. O processo de implementação é o momento em que o Estado busca alcançar os cidadãos que possuem demandas por seus serviços.

Nessa fase de análise nos interessa mostrar o planejado, o realizado e os eventuais déficits em relação ao planejamento original. Não somente os êxitos, mas também as falhas são importantes como experiência. Pensando no PoloSUS, veremos que não bastou a agenda e verba da SGEP, a disponibilidade e expertise da UFJF, a idéia central e um plano muito bem organizado para que o projeto fosse totalmente cumprido. Aliás, já na análise do capítulo 3 sobre os diagnósticos participativos esse traço ficou em evidência.

Assim, tem-se que durante a implementação também é um momento de mudança de rotas. As alterações, ainda que pontuais e inesperadas, são parte dos desafios da implementação, há adaptações durante a execução que também são importantes (por exemplo, a abertura de inscrições para além da agenda inicialmente planejada). Ainda que as linhas seguintes possam ter um caráter mais descritivo de como o projeto se deu, vale a pena pontuar que os membros da equipe de execução testemunharam em entrevista que algumas alterações foram feitas ao longo do projeto.

Por exemplo, questões organizacionais, atualização de dados, complementação de materiais, melhoria nas dinâmicas de grupos foram alguns exemplos. A partir das avaliações, alguns pontos de cada etapa – módulos e até mesmo pontos do diagnóstico participativo – foram revisados. Houve contribuições da equipe para adaptar todo o processo das etapas à cada realidade local, número de participantes, etc. Foi relatado também pela equipe e pela coordenação a necessidade de mudar o cronograma das capacitações em decorrência de um atraso no repasse de verba.

A seguir, passamos a descrever as capacitações, com seus conteúdos e dinâmicas, além das avaliações.

## **4.2. Capacitações**

Realizadas as duas partes do diagnóstico participativo, a segunda etapa do PoloSUS foi consubstanciada pelas capacitações, que ocorreram nos 17 municípios-polo, entre os dias 18 de setembro de 2015 a 08 de abril de 2016.

Objetivando informar os leitores deste trabalho sobre os conteúdos das capacitações, buscamos delimitar os conteúdos apresentados, tentando alinhar a sequência construída pela coordenação do projeto. As capacitações foram divididas em 4 módulos. Antes de cada módulo, foram (re)abertas as inscrições; foi dada prioridade para os beneficiários que já tiveram participado do diagnóstico e dos módulos anteriores. Como aponta a professora Cristina Dias (DIAS, 2017), os módulos eram a grande materialização do PoloSUS estando no mundo. Como se verá, os conteúdos foram pautados, sobretudo, nas noções de democracia, instrumentos de participação, aspectos e canais da descentralização (focalizando os recursos, uma demanda que aparece pela experiência e requisição de Fernando Eliotério, dada a trajetória que pontuamos) e a idéia de formação e articulação de redes.

Durante os módulos, havia uma mescla entre apresentação do capacitador/facilitador da equipe PoloSUS e dinâmicas para discussão entre os participantes, a fim de que

contextualizassem as informações recebidas durante as explicações em relação às suas vivências cotidianas ou encarnando papéis pré-estabelecidos nas dinâmicas. Além disso, os participantes receberam apostilas que continham os principais pontos do conteúdo exposto e textos de apoio. O objetivo era que os participantes fossem capazes de deliberar e articular ações e políticas para os segmentos determinados, como, por exemplo, trabalhadores rurais e pessoas incluídas nos grupos considerados em situação de vulnerabilidade ou, ainda, desenvolver competências para reconhecer dificuldades enfrentadas pelos segmentos sociais que enfrentam iniquidades no acesso à saúde.

#### 4.2.1. Módulo 1

O módulo 1 tratou sobre “políticas públicas e gestão democrático-participativa no Brasil”. Abordou os princípios e diretrizes na elaboração, implementação e gestão das políticas públicas no Brasil pós 1988. O objetivo foi disseminar conhecimentos e informações sobre a estrutura federativa do Estado, a gestão das políticas públicas, a articulação intergovernamental e entre áreas de políticas, a denominada intersectorialidade, bem como a importância da participação e o controle social, inclusive seus mecanismos de realização.

Assim como a apostila, a apresentação – realizada pelo Facilitador com base em um arquivo de *PowerPoint* – deste módulo iniciava por apresentar o Projeto PoloSUS, trazendo as informações da parceria com o Ministério da Saúde/SGEP e das etapas já citadas nessa dissertação. A apresentação trouxe os apontamentos da equipe técnica sobre o Diagnóstico Rápido Participativo e a descrição de como estavam planejadas as capacitações e a necessidade de cumprimento de 75% da carga horária para receber o certificado (um dos grandes atrativos para os estudantes da área de saúde).

Após, o módulo contextualizou o sistema constitucional vigente, desde o cenário em que foi realizada a assembléia nacional constituinte, pontuando a abertura democrática do fim dos anos de 1970, a redemocratização, a importância dos movimentos sociais nessa empreitada e a participação popular via emendas nos trabalhos constituintes. Nessa fase, os facilitadores buscaram pontuar como foi o restabelecimento do Estado de Direito, o retorno de eleições diretas em todos os níveis federativos, a criminalização do racismo e a inafiançabilidade da tortura, o presidencialismo como sistema de governo e o estabelecimento de direitos civis, políticos e sociais ( estes últimos, núcleos do Projeto).

Os beneficiários do Projeto tiveram contato, ainda, com as informações sobre o desenho institucional brasileiro, como a separação e equilíbrio dos Poderes da República,

federalismo e descentralização política, administrativa e tributária, a criação dos mecanismos de participação popular, que citamos no segundo capítulo, como o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular de leis. O conceito de cidadania também recebeu destaque, demonstrando que passamos da cidadania regulada para a cidadania universal. A cidadania é pensada, a partir de 1988, como vínculo ao Estado e ao Território, isto é, como condição para ser membro pleno da sociedade, gerando o sentimento de pertencimento, compreendendo um conjunto de direitos e deveres.

Esse conjunto de direitos e deveres estão relacionados a direitos civis, direitos políticos e direitos sociais. No conjunto de direitos civis, estão as liberdades de individuais, como poder dispor do próprio corpo, direito à vida, liberdade de se expressão, de reunião, associação, culto, direito de propriedade, etc, que conduzem à noção de igualdade perante a lei.

Os direitos políticos estão ligados ao direito de participação do cidadão na democracia em relação ao governo, sobretudo o direito de votar e ser votado. Por sua vez, os direitos sociais possuem em seu conjunto o direito à educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, à assistência aos desamparados, enfim, referem-se aos direitos do capítulo II do texto constitucional federal. É preciso assinalar que a fruição plena de um desses direitos possui estreita dependência com os demais, sendo interdependentes e complementares. Então, pensando pela perspectiva dos objetivos centrais do PoloSUS, é possível visualizar essa relação de interdependência e complementariedade, se levarmos em conta que a participação política pode levar à sedimentação e acréscimo de direitos como a saúde em suas múltiplas esferas e, lado outro, o acesso a direitos sociais como saúde, educação, alimentação são condições de possibilidade para que o cidadão possa ter tranquilidade, condições e capacidade de participar de maneira ativa na democracia.

O módulo trouxe ainda a noção de direitos coletivos ou/e transindividuais, que perpassam a coletividade, como o próprio direito à saúde, direito ao meio ambiente equilibrado, ao governo eficiente e justo, direitos trabalhistas, etc. Na parte em que tratou da saúde como direito garantido constitucionalmente, foi exposta a questão da seguridade social, as ações articuladas entre as esferas federativas de governo e a sociedade para assegurar os direitos à saúde, previdência e à assistência social, como expusemos no capítulo 2.

O direito à saúde na Constituição de 1988 e na Lei 8080/1990 consolida a evolução das idéias sobre saúde. Anteriormente pensada como ausência de doenças, a saúde passa a ser

tratada como qualidade de vida decorrente da implementação de políticas sociais e econômicas direcionadas ao bem-estar da população, em verdadeiro conceito ampliado. Além disso, os beneficiários tiveram contato com a discussão sobre o processo social da saúde-doença, isto é, a noção de que as relações sociais entre homens e destes com a natureza em um determinado tempo e espaço geográfico impactam diretamente em como esse processo é pensado e diagnóstico. Essa noção levou a outra, a de determinantes e condicionantes da saúde, fatores que afetam o acesso aos serviços de saúde.

Foi introduzida a idéia de equidade no acesso, apresentado o papel do Ministério Público na defesa deste direito. Como forma de ilustrar toda essa busca por desenvolvimento dos direitos, foi apresentado o vídeo “trajetórias em direitos humanos<sup>85</sup>”, que abriu espaço para as primeiras discussões sobre os conceitos apresentados.

O tema da continuidade foi federalismo, importante para os objetivos do Projeto. Apresentado o conceito de partilha de competências, ficou estabelecida a importância deste tópico para que saibamos como e a quem cobrar as prestações necessárias e responsabilidades (inclusive os percentuais mínimos de gasto público e transferência de receita para os entes), no caso do PoloSUS, em relação ao acesso e aos serviços de saúde. Nota-se que foi um módulo especialmente importante não somente pela apresentação do desenho institucional, como também pelo foco nas responsabilidades e formalizações do gestor municipal, principal interesse das lideranças presentes e dos profissionais e estudantes. Além disso, alguns programas foram apresentados como o Programa Saúde na Escola e Consultório na Rua, que possui foco na atenção básica para a população de rua.

Em nossa avaliação, importantíssima também foi a apresentação com foco na intersetorialidade, fazendo mais clara a necessidade de diálogo entre as áreas de saúde e assistência social e entre essas e as eventuais secretarias de direitos humanos. A articulação intergovernamental também aparece como ponto de relevo, principalmente quando aponta a possibilidade – e até necessidade – das esferas de governo contarem com organizações não-governamentais e movimentos sociais na implementação do acesso aos serviços de saúde; e a opção pelos consórcios intermunicipais que, aos municípios “menores”, aparecem como possibilidade de oferecer serviços de maior complexidade.

Já na parte final da apresentação do módulo 1, foram apresentadas as possibilidades e os canais para participação como os conselhos municipais, apresentando sua composição e modo de eleição, suas funções deliberativa, consultiva, normativa e fiscalizadora; assim como

---

<sup>85</sup> Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Jw2wW-Rh4f4>>. Acesso em 9 de abril de 2018.

o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular; a elaboração da lei orgânica, suas alterações e as audiências públicas realizadas no âmbito dos poderes Executivo e Legislativo

#### 4.2.2. Módulo 2

O módulo 2 cuidou de dar sequência ao apresentado no módulo 1, tratando gestão democrático-participativa no âmbito do SUS. Dessa maneira, o módulo 2 abordou a história, estrutura, organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde, as responsabilidades dos diferentes atores sociais e públicas em cada uma das esferas governamentais, atribuindo importância ao processo de descentralização, o financiamento do sistema, os direitos dos usuários, e os mecanismos formais de participação e controle no âmbito do SUS, aprofundando na atuação dos conselhos e conferências. Já a partir desde módulo, o Projeto passou a utilizar os dados coletados na etapa do Diagnóstico Participativo e especializou as apresentações, a partir de cada microrregião.

No primeiro momento do módulo, após as apresentações daqueles beneficiários que não participaram no módulo 1, foi recuperada a trajetória do sistema de saúde brasileiro, desde o momento do “descobrimento” até o império, em que não havia um sistema instituído, sendo atuante os chamados “saberes tradicionais” e a atuação de curandeiras e curandeiros. O caminho do sistema foi reconstruído com pontuações como a vistoria mínima nos portos iniciada em 1808, passando pelo controle de epidemias no fim do século XIX e início do século XX, esse de maneira até autoritária. Aliás, a questão da intervenção do Estado na saúde foi o mote da primeira discussão sobre os conceitos apresentados no módulo. Após a contextualização dessa intervenção, os participantes foram levados a debater se a intervenção do Estado quanto a saúde pública em relação aos indivíduos e suas vontades, cultura, interesses e modos de vida ainda são recorrentes; e, se existindo, quando são legítimas e devem ocorrer e quando não são legítimas e não devem ocorrer.

Ato contínuo, a apresentação seguiu recuperando o desenvolvimento do sistema de saúde e o encontro e até imbricação com o sistema de assistência social. Sobretudo, foi importante demarcar, nesse desenvolvimento, a quem eram ofertados os serviços, quais serviços e como. Dessa forma, viu-se a franca evolução de um sistema de saúde que antes era pensado como vetor de manutenção da ordem até se tornar um direito de cidadania, isto é, a passagem de um sistema que excluía grande parcela da população até a universalização. Os beneficiários do projeto tiveram contato com detalhes dessa evolução, como os modelos de CAPs e IAPs e a modernização progressiva da burocracia estatal para realizar as ações de

saúde, a criação da LOPS de 1960 (marco legal que unificou todos os trabalhadores sujeitos à CLT no mesmo regime geral de previdência), INPS, FUNRURAL, INAMPS, etc.

A segunda parte da apresentação neste módulo cuidou de falar sobre as origens, estrutura, organização e funcionamento do SUS. Foi explicado o movimento sanitarista e os movimentos populares de base. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi pontuada como o marco inicial do SUS. Ato contínuo, os princípios do SUS foram apresentados, com o convite aos participantes para que demonstrassem se já conheciam o significado desses princípios, como operam na prática e se eram capazes de identificar quando esses princípios eram lesados.

Essa identificação dos significados e situações de aplicabilidade foram o mote do trabalho em grupo que veio na sequência. Como parte da capacitação e avaliação da assimilação do conteúdo, os participantes receberam de maneira aleatória 24 fichas, que continham as definições de cada um dos princípios, situações práticas em que há ocorrência de cada um destes princípios e situações práticas em que esses princípios são violados. A partir de espaços identificados como “definições”, “práticas” e “violações”, os participantes deveriam fixar suas fichas, fazendo uma montagem que denotaria a compreensão do conteúdo apresentado.

A sequência do módulo cuidou de falar sobre hierarquização, explicando a questão dos níveis de complexidade no SUS. Depois, foram explicitados os principais pontos das Leis 8080 e 8142, ambas de 1990, que conformam junto à Constituição Federal o tripé normativo do desenho institucional do SUS. Foi importante, em nossa avaliação, a capacitação tratar sobre os planos municipais, uma vez que são instrumentos normativos que definem o plano de ações do município em relação à saúde, assim como os seus similares estaduais e federal. É importante que as lideranças públicas e sociais, bem como os demais interessados, saibam que esses planos são as bases das atividades e programações de cada nível de direção da política no SUS. Assim, os beneficiários poderão identificar se as necessidades da política de saúde estão compatíveis com a disponibilidade de recursos e como estes têm sido aplicados, o que pode ser conferido articulando esses planos com as propostas de orçamento de cada nível de governo. Essas informações foram passadas nas capacitações, o que pode(ria) ser uma semente para um controle social mais efetivo.

Com efeito, assuntos como descentralização, municipalização, gestão financeira, ascendência do planejamento e orçamento do SUS, planos de saúde, financiamento do Sistema, participação das comunidades na gestão do SUS, instâncias colegiadas e

instrumentos de participação em cada esfera de governo foram assuntos especialmente tratados. Esses temas se somam ao desenho do sistema e a importância do município como ator importante da implementação dos serviços que foram vistos no módulo 1, com foco nas responsabilidades do gestor municipal em relação à aplicação dos recursos transferidos pela União e pelo Estado, estímulo à responsabilização da equipe de governo no âmbito municipal, participação no processo de pactuação no âmbito regional, responsabilização pelos resultados em saúde e a necessidade de conhecer o território sob sua responsabilidade.

A segunda discussão do módulo cuidou de debater a equidade, princípio vetor do PoloSUS tendo em vista as minorias abrangidas. A discussão partia justamente do pressuposto de que o gestor municipal deve conhecer as características e necessidades da população e dos grupos que estão no território sob sua responsabilidade em relação ao acesso à saúde. A discussão teve como “ilustração” o vídeo “Programa ao Racismo Institucional”<sup>86</sup>, produzido pela Prefeitura de Salvador, que levou às questões sobre se alguém havia presenciado ou vivido situações de iniquidade ou preconceito no acesso à saúde em função de raça ou cor; e se sim, como foi a situação, a reação, o sentimento. Tratou-se de um momento para compartilhar experiências.

A continuidade do módulo foi para tratar do financiamento. A questão do financiamento geral social através de impostos foi a chave de abertura. Noções como receita e despesa também foram apresentadas, em tempos de “congelamento de gastos públicos”, esse ponto de conhecimento aparece com relevo (muito embora esse tema do congelamento não fosse cogitado à época das capacitações). O co-financiamento entre os entes, os percentuais mínimos de transferência e gastos em saúde, o modo como essas transferências acontecem, os blocos de financiameto, o procedimento de responsabilização dos gestores e dos entes que não aplicarem os índices constitucional e legalmente previstos, a relação entre gestores e conselheiros, foram também expostos, bem como os requisitos para receber essas receitas: possuir a instituição de um fundo de saúde, possuir um conselho de saúde, um plano municipal de saúde, emitir os relatórios de gestão para o eventual controle dos órgãos de auditoria, oferecimento de contrapartidas também com recursos próprios.

Os beneficiários foram apresentados, ainda, à plataforma MUNIC, que reúne informações sobre o funcionamento dos municípios. Este foi um momento, em nossa avaliação, bastante especial do Projeto nas capacitações, pois foram expostos os dados colhidos na base MUNIC aliados aos dados captados também nos Diagnósticos. Deste modo,

---

<sup>86</sup> Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=gh9MJEBZJLE>>. Acesso em 10 de abril de 2018.

cada microrregião foi abordada no momento de suas respectivas capacitações sobre a existência de um plano municipal de saúde, fundo municipal de saúde e os repasses feitos às cidades abrangidas por aquele município-polo em que acontecia a capacitação. Após, a terceira discussão teve como base o vídeo “cada coisa a seu tempo”, episódio 5 da série “Saúde em cena”<sup>87</sup>.

O segundo módulo, como se pode perceber, denso seguiu com a apresentação sobre os direitos do usuário do SUS, plasmados sobretudo na “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde”, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, via Portaria 1820/2009<sup>88</sup>. Noções como acesso, tratamento adequado, humanizado e livre de qualquer discriminação, acesso à informação com emprego de linguagem e meios de comunicação adequados foram expostos. Essa parte desaguou em informações extremamente relevantes, em nossa avaliação, para o objetivo de capacitação em equidade, principalmente em relação aos grupos em situação de vulnerabilidade focalizados pelo PoloSUS. Questões como o nome social para pessoas transexuais e a maneira de preenchimento dos dados no cartão do SUS para essas pessoas, a dispensa de comprovação de domicílio para populações nômades e população de rua foram trabalhadas.

Já na parte final da capacitação do módulo 2, foram repassadas as funções dos conselhos de saúde, quando, com base na plataforma MUNIC, foram também apresentados os dados dos perfis e a frequência de reuniões de cada conselho municipal das cidades abrangidas em cada uma das microrregiões que receberam as capacitações. O módulo foi finalizado com a exposição sobre a importância das conferências municipais e o convite para inscrição no módulo 3.

#### 4.2.3. Módulo 3

O módulo 3 foi intitulado como “Equidade no SUS e as Minorias: Estratégias para Participação e Articulação Comunitária”. A abordagem envolveu discussões sobre as iniquidades em saúde que atingem os grupos em situação de vulnerabilidade social (“minorias”), grupos que foram o foco do PoloSUS como as populações negra, do campo e da floresta, LGBTQ, em situação de rua e cigana, assim como as estratégias para a promoção da

---

<sup>87</sup> Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=UipccGh71g4> >. Acesso em 10 de abril de 2018.

<sup>88</sup> Disponível em: < [http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF\\_Carta\\_Usuarios\\_Saude\\_site.pdf](http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/AF_Carta_Usuarios_Saude_site.pdf) >. Acesso em 10 de abril de 2018

equidade no acesso e da incorporação dos grupos em redes colaborativas e participativas atuantes na promoção do direito à saúde.

Após a dinâmica de apresentação, alguns dos temas discutidos foram: saúde como direito, a universalidade desse direito e sua gratuidade, equidade e seu reverso a iniquidade, o que são determinantes sociais (econômicos, políticos, culturais) do acesso à saúde, o que são políticas universais e focalizadas, o que é igualdade, o que é diferença, quais são as implicações entre diferença e desigualdade, o impacto das ações afirmativas na vulnerabilidade social e os riscos à saúde enfrentados pelos grupos vulneráveis.

A discussão que abriu os trabalhos foi sobre igualdade, desigualdade e diferença, sendo ilustrada com os exemplos de concessão irregular de vagas em hospitais e os atendimentos discriminatórios em razão do usuário ser morador de rua, negro, pobre, sem documentos ou fazer uso de drogas ilícitas. Essa abertura dialogou bastante com o conteúdo tratado no módulo 2 sobre os direitos dos usuários ao tratamento humanizado e sem discriminação.

Ponto importante dessa exposição foi sobre a importância das diferenças, a importância positiva. Foi afirmado que as diferenças culturais, de modos de vida e de compreensão da realidade devem ser respeitadas. O tratamento diferente dispensado a determinadas pessoas ou grupos, muitas vezes, pode conduzir ao pensamento de sistema de privilégios. Reconhecer as diferenças não implica em discriminação ou em privilegiar determinado grupo, uma vez que estejamos falando em grupos em situação de vulnerabilidade social. A justiça de um sistema está justamente em escutar e abarcar essas diferenças.

Ainda sobre a questão da desigualdade, diferença e acesso à saúde, após rememorem conceitos e a trajetória sobre a saúde como direito universal de cidadania, foi proposta a discussão sobre as iniquidades de acesso, isto é, aquelas diferenças desnecessárias e evitáveis, portanto, injustas e indesejáveis que impactam no acesso ao sistema de saúde. A pergunta guia foi se os beneficiários acreditavam que todos os brasileiros possuem acesso igualitário à saúde; se não, qual grupo ou quais grupos os beneficiários acreditam que passam pela situação de iniquidade.

Com efeito, os beneficiários tiveram ainda um momento para debater o diagnóstico embasado no DataSUS sobre a descentralização<sup>89</sup>. As conclusões apontaram que o modelo de descentralização adotado no Sistema Único de Saúde, com forte direcionamento para a municipalização, não logrou resolver as desigualdades regionais quanto ao acesso, muito

---

<sup>89</sup> No capítulo 2, tivemos a oportunidade de explicitar as correntes sobre a avaliação da literatura sobre a descentralização no âmbito do SUS.

embora tenha sido importante para a expansão da cobertura dos serviços. Contudo, por não ter proporcionado a efetiva integração de serviços, instituições e práticas nos territórios, é preciso formar arranjos mais cooperativos para os serviços de saúde.

Aliando a descentralização com o tema da (des)igualdade e diferença, foram apresentados os determinantes sociais de saúde, isto é, os fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que impactam diretamente nos problemas de saúde e eventuais fatores de risco. Um dos exemplos fortes sobre isso foi o dado que uma criança tem cinco vezes mais chances de morrer antes de completar o primeiro ano de vida pelo “simples” fato de ter nascido no nordeste e não no sudeste. Ou a chance de uma criança morrer antes de chegar aos 5 anos de idade ser três vezes maior porque sua mãe teve 4 anos de estudos e não 8 anos. Também foram ilustrados esses índices com a questão da população de rua ter dificuldades de acessar ambulatórios.

A partir disso, os facilitadores do PoloSUS questionaram se era possível imaginar outras situações. A conclusão que se observa dos registros dos debates nos cadernos de campo é que prevaleceu o entendimento no sentido de que as iniquidades em saúde não podem ser combatidas sem o efetivo combate às iniquidades sociais. Neste ínterim, algumas atitudes possíveis foram explicitadas através das sugestões do relatório da Organização Mundial de Saúde, que aponta pelo menos três vetores: melhorar as condições de vida cotidianas, abordar a distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos nos níveis global, nacionais e locais, bem como quantificar o problema, avaliar a ação, alargar a base de conhecimento sobre esses determinantes, desenvolver um corpo de recursos humanos formado sobre os determinantes sociais da saúde e promover a consciência pública sobre o tema. A rigor, o segundo e terceiro vetores do relatório foram bastante presentes nas discussões das capacitações do PoloSUS.

Tratou-se também de um módulo denso, como se pode notar. A discussão seguinte foi sobre políticas universais e políticas denominadas focalizadas. Ambas estão dentro do macroconjunto de políticas públicas, que chegamos a definir no capítulo 2. Em síntese apertada, políticas públicas são constituídas pelo conjunto de ações e programas desenvolvidos pelo Estado, com a participação de entes de natureza pública ou privada, que têm por objetivo garantir e efetivar um direito de cidadania, para determinadas pessoas ou grupo social, podendo ser direcionadas para segmentos sociais marcados por alguma diferença étnica, cultural ou econômica.

Desta forma, as políticas públicas podem se constituir em políticas universais, aquelas que são direcionadas a todos os cidadãos, como saúde, educação, segurança pública,

legislações trabalhistas, etc; e em políticas focalizadas, quando os programas e ações do Estado são direcionadas para um grupo de pessoas, geralmente pertencentes a um grupo marcado por desigualdades históricas ou que persistentemente se encontram em situação de desigualdade no acesso a bens, esses recursos estatais se transformam em políticas, geralmente atinentes a realizar a justiça social, como por exemplo, políticas de transferência de renda, políticas de cotas, políticas voltadas para a população rural, políticas para nome social no cartão do SUS, campanhas para o tratamento de saúde dos ciganos, etc. Ambos os tipos de políticas podem existir de maneira concomitante.

Especial destaque deve ser dado aos exemplos utilizados durante esse módulo da capacitação. Além das situações já citadas, as figuras utilizadas no material de exposição foram bem ilustrativas – com o perdão do truísmo -. A título de exemplo, a figura questionando o que é igualdade apresenta sete animais não humanos e um ser humano. O ser humano diz que a seleção que ocorreria tinha como critério uma única tarefa, subir a árvore. Dentre os animais presentes, apenas o macaco possuía as competências e capacidades requeridas para tal tarefa. Os demais animais, como o elefante e um peixe, não teriam essas competências. Ficou aí o gancho para ser introduzida o debate futuro mais profundo sobre equidade. O questionamento é se a seleção seria igualitária. A questão possibilitou a sedimentação do entendimento sobre o significado de isonomia ou igualdade, isto é, a condição de que o princípio legal/constitucional da isonomia requer o entendimento de que todos somos iguais, de modo que o sistema não deveria implicar distinção de qualquer natureza. Disto decorre que o sistema de saúde e o seu acesso não devem diferenciar as pessoas e grupos, sejam elas ciganas, pertencentes às populações de rua ou da floresta, sejam negras, transexuais, gays, lésbicas, renda, etc.

Outro ponto de destaque da apresentação do módulo III é a diferenciação entre igualdade formal e igualdade substancial. A primeira atrelada à previsão legal, em documentos jurídicos. Já a igualdade substancial, ou material, está relacionada ao dia a dia, de modo a garantir que todos os sujeitos de direitos usufruam efetivamente daquelas previsões normativas. Essa igualdade substantiva somente é possível quando as diferenças são tomadas em conta na aplicação dos direitos previstos no sistema, no caso deste trabalho, no sistema de saúde. Os participantes tiveram a oportunidade de empreender esse debate, isto é, de refletir sobre quando a diferença social e cultural podem transformar-se em uma desigualdade com esses mesmos traços. A diferença pode ser tanto nata quanto cultural, isto é um fato. Nada obstante, foi importante constar da apresentação que a transformação das diferenças em

desigualdade no acesso à saúde é uma construção social, o que pode levar à situação de injustiça.

É nesse sentido que o debate se seguiu, sendo colocada para discussão a noção de “ação afirmativa”. O Projeto conceituou, de maneira acerta em nossa avaliação, as ações afirmativas como medidas governamentais/estatais compensatórias instituídas para promover a igualdade. Assim, as ações afirmativas buscam combater quaisquer tipos de desigualdade e discriminação. Desta maneira, as ações afirmativas foram apresentadas como instrumentos para implementar a noção de equidade, que é um avanço em relação à noção da igualdade formal. A equidade significa tratar os desiguais de forma desigual, em outras palavras, oferecer maneiras de estimular àqueles que não tiveram acesso às mesmas oportunidades. Neste momento, foi apresentada no material outra figura bem representativa: a igualdade de um lado com um conjunto de três “caixas” e três meninos tentando assistir a um jogo. Os três meninos possuem alturas variadas (fator natural) e cada um recebe uma caixa para subir e poder assistir. Trata-se de uma situação igualitária. Mas a igualdade pura e simples continua mantendo a “supremacia” do mais alto, nesta situação, continuando o menor em situação pior. Ao lado, as caixas são distribuídas de maneira distinta. O mais alto fica sem nenhuma, mas ainda assim mantém toda a sua capacidade de ver o jogo, fruto de sua altura natural. O garoto de altura “mediana” recebeu uma caixa, também conseguindo uma vista razoável das ações do jogo. O garoto menor recebeu duas caixas, possibilitando que também desfrutasse da visão do campo. Isto é equidade, a possibilidade dos três, a despeito dos fatores naturais relacionados à altura, poderem assistir ao jogo.

Atualmente, as políticas de cotas para acesso ao ensino superior são as medidas de equidade mais “famosas”. Sendo, nada obstante, apontar que são importantes as campanhas para conscientização dos direitos das demais minorias.

A sequência tratou sobre vulnerabilidade, isto é, a condição pessoal ou social que deixa os indivíduos e grupos sociais expostos a situações de exclusão e violação de direitos humanos e fundamentais. Alguns dos fatores que provocam e/ou agravam a condição de vulnerabilidade são a pobreza, crises econômicas, nível educacional deficiente, localização geográfica precária e baixos níveis de capital social, humano ou cultural. Se levarmos em conta a Emenda à Constituição que estabelece o não incremento de investimento público em saúde e educação por duas décadas, teremos, infelizmente, com algum grau de certeza o aumento da condição de vulnerabilidade de boa parte da população e grupos sociais, provavelmente aqueles abarcados pelo Projeto, que são os esfarrapados de sempre.

Os riscos relacionados a esses grupos vulneráveis são de diversas matizes. Por exemplo, riscos relacionados ao meio ambiente em decorrência das condições precárias de moradia, de difícil acesso à água potável, saneamento básico, dentre outros, que impactam nas condições de saúde. É inarredável admitir que essa configuração ambiental é também fruto de (não) decisões políticas construídas historicamente, de modo que é preciso combater essa situação também politicamente.

Há também os riscos de vulnerabilidade decorrentes da própria cidadania ou ausência de vetores que a conformam. A ausência de informação, pouca estrutura ou situações permanentes de exclusão e preconceito também impactam decisivamente na iniquidade e vulnerabilidade em saúde. Isso acaba derivando na situação de doenças consideradas já erradicadas ainda acometerem determinados grupos sociais, nos índices relevantes de mortalidade infantil, índices de gravidez na adolescência, riscos de doenças decorrentes do trabalho em ambiente insalubre, etc.

Estabelecidos todos esses conceitos e todos esses cenários, uma das propostas de discussão em grupo teve como bases três vídeos: sobre a saúde da população negra<sup>90</sup>, sobre equidade, igualdade, saúde lgbt, vulnerabilidade, participação no SUS<sup>91</sup> e um sobre o depoimento de uma cigana que teve atendimento negado<sup>92</sup>.

A partir da discussão, o módulo passou a tratar das iniquidades em relação aos grupos minoritários abarcados pelo Projeto. Aqui, a equipe da UFJF passa a tratar da demanda específica da SGE/Ministério da Saúde. Foram apresentados os grupos vulneráveis em questão, os seus determinantes de acesso à saúde, pontuando quais são os riscos a que estão expostos, os avanços obtidos e os obstáculos que ainda persistem. Essas iniquidades de acesso à saúde, isto é, essas desigualdades foram postas como sistemáticas, relevantes, bem como evitáveis, injustas e desnecessárias. Passando o módulo a discutir as possibilidades de modificar o quadro de violações a direitos que esses grupos enfrentam.

O módulo 3 foi também muito interessante por essa razão. A partir da contextualização geral, também foram apresentados os contextos específicos dos grupos tidos como público prioritário do PoloSUS, muito embora pelos critérios de interseccionalidade possíveis entre as características das pessoas que compõem esses segmentos, “*os grupos tratados pelo Projeto abarquem praticamente a totalidade da população brasileira*”, como

---

<sup>90</sup> Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=JLwaE-zGmuE>>. Acesso em 11 de abril de 2018

<sup>91</sup> Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=6aVUXhTppsk>>. Acesso em 11 de abril de 2018

<sup>92</sup> Disponível em: < <https://www.youtube.com/watch?v=RqkuxzbRNew>>. Acesso em 11 de abril de 2018

observou a Professora e Vice-Coordenadora do Projeto Cristina Dias<sup>93</sup>. A Professora Cristina Dias teve e ainda tem muita preocupação com a questão da “vulnerabilidade” e da participação ativa das pessoas representantes desses grupos, registrando que “os módulos deram conta apenas de descrever as principais dificuldades ao atender cada uma das populações “específicas” do projeto, mas não ao ponto de descartar os módulos e nem de deixar que essas lideranças pudessem interferir nos próprios objetivos do projeto” na medida em que o PoloSUS se desenvolvia (DIAS, 2017, p.5)

Nas considerações da Professora e Coordenadora Marta Mendes sobre o Projeto, aparece um olhar mais positivo, o que não quer dizer oposto à fala anterior. Para Marta Mendes, foi um avanço do PoloSUS o fato de colocar as iniquidades de acesso à saúde por parte desses grupos na agenda de discussões e debates, tanto nos diagnósticos, quanto nas capacitações, uma vez que foi possível contextualizar o quadro geral que o país enfrenta em relação à desigualdade na distribuição de renda, de acesso às políticas de educação, esporte, lazer, cultura, que impactam decisivamente para essas iniquidades. Também foram pontuadas as contribuições ruins que os estereótipos geram sobre esses grupos, como, por exemplo, a imagem de “drogado” intrinsecamente colocada como pecha à população de rua.

Tendo isso em conta, em relação às populações do campo e da floresta, foi explicitada a situação de concentração fundiária e renda no âmbito rural, bem como a diferença no acesso e qualidade dos serviços de saúde entre os âmbitos urbano e rural, expresso sobretudo por insuficiente saneamento básico (apenas 32,8% dos domicílios rurais estão ligados à rede de distribuição; 67,2% capta água de poços e chafarizes sem discriminar se há proteção ou não)<sup>94</sup>, o uso indiscriminado de recursos naturais, escravidão, extermínio indígena, marginalização das mulheres e famílias do campo, opressão de quilombolas e ciganos, dentre outras desigualdades. Essas comunidades possuem não somente a produção ligada à terra, mas também seus modos de vida e reprodução social, o que torna a concentração fundiária ainda mais dramática. Aliado a isso, há o fato de que a população rural brasileira é caracterizada pela diversidade de etnias, raças, povos, religiões, culturas, incluídos os quilombolas, comunidades ribeirinhas, populações atingidas por barragens, camponeses, como apontamos no capítulo 2.

---

<sup>93</sup> Observação feita em nossa apresentação de seminário na disciplina Seminário de Teses e Dissertações, no âmbito do PPGCSO-UFJF.

<sup>94</sup> Dados retirados do material sobre a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.

Ainda sobre a dramaticidade do acesso das populações do campo e da floresta à saúde, foi citado no módulo a aparente naturalidade com que esse fato da discrepância entre as condições de acesso no meio urbano e no meio rural. Foram exemplificados ainda alguns problemas como as doenças de veiculação hídrica, isto é, que pela ausência de tratamento de água e saneamento básico acabam contaminando a população através de parasitoses intestinais e de diarreias, que acabam elevando o índice de mortalidade infantil. Também afetam os trabalhadores do campo doenças relacionadas a condição das ocupações rurais, como silicose, contaminação por metais pesados e agrotóxicos, além de lesão por esforço repetitivo, adoecimento mental, malária, febre amarela e demais doenças endêmicas. Ainda, foi focalizada a condição de gênero, sobretudo a violência doméstica sofrida pelas mulheres do campo.

Para contrabalançar essas condições, tem sido tentada a organização por parte de movimentos sociais que reivindicam o respeito aos direitos dessas comunidades tradicionais. Um exemplo disso é o Grupo da Terra, ligado ao Ministério da Saúde, composto por representantes dos movimentos sociais, convidados e representantes do governo. O grupo teve por objetivo elaborar e implementar a política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta, tanto pela execução de direitos, quanto a articulação da possibilidade de participação destas populações nos conselhos de saúde. É preciso lembrar a relação simbiótica entre direitos e participação democrática. Por fim, em relação a essas populações, o módulo tratou ainda das principais políticas públicas que tem buscado auxiliar essas populações no acesso a direitos, inclusive à saúde, como a educação no campo e na floresta com a política de famílias agrícolas, políticas de assentamento, economia popular solidária e o plano operativo.

O segundo grupo minoritário que foi tratado foi a comunidade LGBTTT. O módulo pontuou a situação de a sociedade brasileira ser profundamente marcada por conceitos fechados e tradicionais de gênero e família, sobretudo pela forte influência religiosa sobre esses conceitos – estabelecendo a idéia de homem, mulher, pai-e-mãe, - também no direcionamento de políticas públicas. Esse cenário se transmuta em preconceito, discriminação e homofobia, que geram a violência causadora dos altos índices de mortalidade entre Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

A comunidade LGBTTT também não é um grupo homogêneo. Há uma miríade de identidades de gênero e orientações sexuais. Desta maneira, o módulo registrou a também variada existência de organizações civis destes grupos. Essas organizações têm fornecido

dados sobre a situação de iniquidade no acesso e riscos à saúde dessas pessoas. Por exemplo, o Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas para promoção da equidade e integralidade<sup>95</sup> evidencia as desigualdades de acesso aos serviços de saúde pelas mulheres lésbicas e mulheres bissexuais. Há apontamentos de que cerca de 40% das mulheres que procuram atendimento em saúde não revelam sua orientação sexual. Entre as que revelam, 28% apontam que os médicos as atendem de maneira mais rápida e 17% afirmam que médicos deixaram de solicitar exames que elas consideraram necessários. Os beneficiários ainda tiveram contato com dados advindos do dossiê sobre a cobertura de exame sobre câncer uterino em relação a mulheres heterossexuais, lésbicas e bissexuais. Dentre as mulheres heterossexuais, 89,7% foram cobertas pelo exame; esse índice caiu para 66,7% entre as mulheres bissexuais e mulheres lésbicas.

Prezando pela interesetorialidade, o módulo apresentou a também dramática situação principalmente de pessoas transexuais em relação às dificuldades de inserção no mercado de trabalho, o que leva ao alto índice de transexuais que encontram na prostituição sua fonte de sustento, sendo a rua o local em que buscam esta sobrevivência. A partir da rua, ficam expostos e expostas à droga, a tratamentos hormonais sem acompanhamento médico, aplicação de silicone industrial, etc. Também a partir dessa situação, os riscos de exposição a doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS, aumentam consideravelmente; crises de pânico, depressão e outros transtornos mentais também são comuns dentro a comunidade LGBTT.

Os facilitadores expuseram as políticas públicas que estavam em andamento ao menos até a ruptura institucional de 2014-2015, apontando políticas como o Programa Brasil Sem Homofobia, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, articulada pelo Ministério da Saúde, bem como a Resolução 12 de 2015 advinda do Conselho Nacional de Combate à Discriminação e Promoções dos Direitos de Lésbicas, Gays, Travestis e Transexuais, que autoriza o uso de nome social.

Como fechamento do momento dedicado à comunidade LGBTT, foi tratada a polêmica, por assim dizer, em relação à inclusão do debate sobre gênero nos currículos escolares. Em 2014, no bojo da formação do Plano Nacional de Educação, congressistas barraram a inclusão da expressão “gênero” no Plano, o que acabou se espalhando para muitos Planos estaduais de educação. No módulo, os beneficiários tiveram contato com os argumentos ventilados favoráveis e contrários a inclusão.

---

<sup>95</sup>

Disponível

em:

[http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/316\\_1172\\_dossiedasaudedamulherlesbica.pdf](http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/316_1172_dossiedasaudedamulherlesbica.pdf).

Acesso em 05 de abril de 2018

Sobre a População Cigana, grupo seguinte na apresentação, foi apresentada a trajetória histórica de chegada, permanência e presença no Brasil, contando, hoje, com três etnias e 291 acampamentos em 21 Estados. São quase meio milhão de pessoas, concentradas sobretudo nos Estados da Bahia, Minas Gerais e Goiás. No Brasil, são povos seminômades ou mesmo nômades.

A característica nômade dessa população gera dificuldade de georeferenciamento para atendimento no SUS. Com efeito, durante o módulo apontou-se o descaso com que o nomadismo é tratado, por exemplo, há ausência de investimentos em serviços móveis que efetivamente atendam as necessidades ciganas. Já nos acampamentos, ciganos sofrem com falta de saneamento e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Via de regra, os acampamentos apresentam estrutura precária, sendo difícil o acesso a água de qualidade para consumo.

Dentre os riscos à saúde enfrentados pelos Ciganos estão a má nutrição e a mortalidade infantil, conforme os apontamentos dos facilitadores, uma vez que a deficiente ou inadequada alimentação e nutrição levam à baixa imunidade, facilitando a agência dos vetores de doenças. Os ciganos também são acometidos por doenças respiratórias, ósseas, diabetes, hipertensão, excesso de peso na juventude, dentre outros. Os facilitadores apontaram que o tipo de medicina preventiva oferecida pelo SUS ainda é pouco freqüente entre as famílias da população cigana, sendo a vacina uma das medidas mais aceitas. Entretanto, o que as agências apontam é que existe pouca interação entre o SUS e os conhecimentos ciganos sobre prevenção. Os ciganos fazem questão do uso de seus conhecimentos tradicionais para tratar as enfermidades, no que estão fundamentalmente corretos, nada obstante, acabam ficando sem tratamento adequado para diversas doenças durante tempo relevante, quando os conhecimentos tradicionais são parcialmente suficientes para a cura.

Aponta-se que os homens ciganos não são adeptos à prevenção da doença, o que, entretanto, não aparece como item diferencial em relação à população masculina brasileira geral que, via de regra, também não adere tanto a tratamentos e prevenções em saúde. Em relação aos homens ciganos, isso é em boa parte explicado pela cultura cigana, fundamentalmente voltada para a cura imediata de doenças, contrariando o perfil dos tratamentos e prevenções sistemáticas do SUS.

De maneira geral, os dados coletados e passados pelos facilitadores do PoloSUS registram índices altos de problemas relacionados a saúde bucal, sugerindo a falta de acesso às campanhas de saúde. Essa ausência de acesso às campanhas também aparece na reflexão

sobre a relativa facilidade com que determinadas doenças infectocontagiosas e do aparelho respiratório poderiam/podem ser evitadas com medidas básicas de saneamento e de educação em saúde. A ausência de acompanhamento de equipes da Política de Saúde da Família contribuem para o difícil controle das doenças crônico-degenerativas. De maneira geral, foi importante para os beneficiários terem este contato com as informações que, mesmo na mídia, são pouco debatidas e apresentadas. Neste íterim, o fechamento sobre a população cigana foi com apresentação das políticas formuladas para esse grupo como o trabalho da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Social, que através da Secretaria para Comunidades Tradicionais, que vem buscando garantir os direitos humanos, sociais e culturais dos povos ciganos, principalmente frente as demandas por educação, saúde, registro civil, segurança, direitos humanos, transferência de renda e inclusão produtiva, com a busca pelo desenvolvimento sustentável dessas comunidades.

A População em Situação de Rua fechou o tratamento do módulo sobre os grupos em situação de vulnerabilidade eleitos pelo PoloSUS. A apresentação do contexto dessa população pontuou a existência de um número alto de pessoas em situação de rua em decorrência do agravamento de questões sociais. Os facilitadores apontaram como fatores que influenciaram este agravamento: rápida urbanização ocorrida no Brasil no século XX, a migração para grandes cidades, a formação de grandes centros urbanos, a desigualdade social refletida em pobreza, desemprego, bem como o preconceito da sociedade em relação à população de rua aliada a quase total ausência de políticas públicas e mesmo estudos sobre essa População. Sobre esse último ponto, o módulo 3 trouxe um dos raros levantamentos sobre dados dessa população, que foi realizado em parceria pela Secretaria de Desenvolvimento Social de Minas Gerais, Pastoral Povo da Rua, Movimento Nacional da População em Situação de Rua e o Instituto DH.

Essa População enfrenta cotidianamente os preconceitos e os estereótipos, que iniciam com palavras que carregam um sentido pejorativo como “povo de rua”, “mendigo”, “pedinte”, a violência gerada não é apenas simbólica, como também física. O módulo apresentou dados relevantes sobre assassinato de pessoas em situação de rua e acesso a serviços de saúde.

A análise realizada no módulo sobre a População em Situação de Rua denotou que se trata de um grupo de indivíduos com trajetórias de vida e sociais muito distintas. Essa pluralidade abrange migrantes, catadores de material reciclável, albergados, profissionais do sexo, trabalhadores itinerantes, usuários de drogas, pessoas acometidas por doenças mentais, desabrigados, camelôs, dentre outros. O liame que une essas pessoas é o fato de habitar as

ruas. Foram apresentados, ainda, alguns condicionamentos sobre a situação de rua: a) fatores estruturais, como ausência de moradia, desemprego e baixa renda; b) fatores biográficos relacionados à vida particular do indivíduo, por exemplo, a quebra de vínculos com a família, uso abusivo de álcool e drogas, e c) até mesmo fatores naturais, como desastres, inundações que acabam fazendo com que as pessoas percam suas moradias, etc.

Foram apresentados como principais riscos de saúde à população de rua as doenças de pele, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez de alto risco, saúde bucal, consumo excessivo de álcool e drogas, hipertensão, problemas psiquiátricos. Esses dados foram possíveis de ser extraídos a partir do levantamento citado em linhas anteriores. Neste levantamento conjunto de dados, aparecem ainda informações como as discriminações sofridas através do impedimento de adentrar em estabelecimentos comerciais, transporte coletivo, órgãos públicos, órgãos públicos para conseguir documentação, shopping centers, bancos e até mesmo impedidos de procurar estabelecimentos para receber serviços de saúde.

Hoje, as principais políticas para a População em Situação de Rua estão a cargo da Assistência Social. O módulo também trouxe informações sobre essas políticas como a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, a Criação do Comitê Técnico de saúde para essa população, o Plano Operativo para implementação das políticas de saúde, criação de centros especializados para o atendimento da população em situação de rua, que preze pela intersectorialidade entre a saúde e a assistência social, muito embora esta última seara seja a central de “operação”.

Apresentadas todas essas questões de cada um dos grupos, o trabalho em grupo desta parte do módulo cuidou de tentar avaliar se as informações foram assimiladas. De maneira interessante, visando a alteridade, a proposta levou a turma de beneficiários a se dividirem em cinco grupos de trabalho, cada um representando um dos segmentos sociais em situação de iniquidade e vulnerabilidade apresentados. Cada um dos grupos deveria se colocar na situação de um indivíduo do grupo que representava e pensar em duas questões: levantar os problemas que estes grupos encontram no acesso à saúde e escolher um destes problemas como prioritário e imaginar uma solução. Neste segundo ponto, foi possível verificar através dos registros dos cadernos de campo e dos trabalhos que os beneficiários imaginaram “acionar o Ministério Público, propor políticas públicas direcionadas, realizar campanhas e programas de acesso”.

Como fechamento do módulo 3, foram apresentados os avanços e obstáculos. Quanto aos avanços, foram apontados a Constituição Federal de 1988, que trouxe a universalização da

saúde como previsão de direito fundamental, a participação da comunidade, a descentralização das políticas, com a formalização de Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, dentre outros aspectos, a Lei 8080/1990 que disciplina a promoção, proteção e recuperação da saúde, organiza e regulamenta o SUS, a Lei 8142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade no âmbito do SUS, bem como as diversas normativas do Conselho Nacional de Saúde e do próprio Ministério da Saúde. Também a resolução CNS 354/2005 sobre a educação permanente em controle social no âmbito do SUS é uma grande conquista, de modo que Projetos como o PoloSUS, que contribuem para a capacitação nesta área, devem ser replicados, sendo um importante avanço que precisa ser mantido, sobretudo por tratar de grupos minoritários.

Ainda sobre os avanços, segundo o PoloSUS, desde 1988 é possível apontar ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, sendo que a saúde teve seu conceito ampliado como já discutimos nessa pesquisa. Houve, ainda, melhora da saúde da população infanto-juvenil, com a diminuição da mortalidade infantil. Há programas para prevenção de doenças e à gravidez precoce, criação de hospitais de referência para atendimento de vítimas de violência sexual. Houve criação de programas como saúde da família, programa de prevenção a doenças sexualmente transmissíveis, programa saúde na escola, resoluções e legislações que vêm incluindo o uso do nome social para pessoas LGBTT nos documentos oficiais de órgãos e políticas públicas.

Como desafios e obstáculos, foram apontadas as buscas por meios para ampla divulgação das informações, portarias e resoluções dos conselhos, busca por ampliação da participação dos grupos minoritários tratados no projeto em espaços de discussão da política de saúde, a necessidade de enfrentar o preconceito existente na sociedade contra as populações minoritárias. Também como desafios e obstáculos foram apontados o tratamento político que ainda aparece pelo vetor da caridade e não pela ótica do direito e, ainda, a necessidade da formação continuada de profissionais de saúde e articulação intersetorial entre as políticas.

A guisa de conclusão deste relato crítico do módulo 3, vale a pena o registro do trabalho feito pela equipe do Projeto que utilizou os dados coletados no Diagnóstico e apresentou aos beneficiários, focando em cada uma das microrregiões do Projeto. Assim, em cada pólo foram apresentadas informações sobre a existência ou não de legislações municipais em relação aos grupos minoritários abarcados, se existe acampamento ou área destinada aos ciganos, se há políticas, direitos ou acolhimento às pessoas em situação de rua e

mesmo o tratamento de direitos e políticas, nos municípios de cada pólo, sobre minorias não “diretamente” tratadas pelo Projeto, como crianças e idosos.

Além disso, avaliamos como avanço importante do PoloSUS em relação a seus objetivos a discussão sobre as iniquidades de acesso e fruição de saúde, pois segundo é relatado na maioria dos cadernos de campo da equipe técnica, era a primeira vez que muitos dos presentes à capacitação discutiam essas temáticas sobre iniquidades referentes ao direito à saúde, sobretudo tendo como foco os grupos vulneráveis prioritários para o projeto. Desta maneira, o PoloSUS auxiliou na colocação dessa agenda para debate entre os beneficiários, que poderia alcançar outras pessoas. Conforme aponta a Coordenadora Marta Mendes:

podemos falar em avanços na medida em que para muitos participantes era a primeira vez que se falava do tema das iniquidades em saúde. Então, conseguimos, tanto no diagnóstico participativo, quanto nas capacitações (especialmente no módulo 3 que era voltado especificamente para isso) colocar a questão na agenda, tirar a invisibilidade desses grupos, tratar dos determinantes sociais de saúde desses grupos, tematizar as injustiças e iniquidades, as dificuldades no acesso, bem como alguns avanços (direitos alcançados, políticas públicas voltadas para eles, etc). (Informação dada em entrevista).

A Vice-Coordenadora Cristina Dias enxerga os avanços também na proposta crítica e construtiva sobre a categoria “vulnerabilidade”. Nas palavras da Vice-Coordenadora:

Acho que o projeto ajudou a criticar construtivamente sobreposições, e pensar esses grupos não apenas a partir de uma categoria de vulnerabilidade, mas com especificidades históricas, culturais. A vulnerabilidade em si é um critério mais geral, por isso, o projeto ajudou a SGEP no sentido de expor que há contextos em que a vulnerabilidade de um grupo é maior do que outra ou casos em que a vulnerabilidade considerada era tão comprometedora que não permitia qualquer eficácia ao empreendimento da participação social em saúde. Este foi o caso da população cigana, que encontrou entraves maiores que os outros grupos já que havia um preconceito difuso sobre quem eram, o que faziam, etc.

#### 4.2.4. Módulo 4

O módulo 4 fechou o conteúdo das capacitações, levando o tema das Redes Colaborativas e mobilização comunitária para o controle social do SUS. O módulo abordou o conceito de rede e a aplicação deste conceito na defesa e promoção dos direitos dos cidadãos na área de saúde. O módulo buscou ainda apresentar experiências bem sucedidas e inovadoras em gestão participativa e democrática do SUS, suas características, desafios e potencialidades. Deste modo, o módulo objetivou induzir os beneficiários do Projeto a reproduzirem essas informações em seus contextos de vida, para que redes fossem formadas. Além disso, o próprio Projeto buscou sedimentar a própria rede, que seria decisivo para a construção e

implementação da plataforma virtual, terceira “etapa” do Projeto, que serviria de canal de articulação e organização dos atores sociais dos municípios abrangidos pelo Projeto. Assim, como fechamento, a capacitação para uso da plataforma virtual era um dos motivadores do módulo.

Como de praxe, houve um momento de apresentação e interação entre os participantes no início do módulo. No módulo 4, contudo, a dinâmica já buscava contextualizar o que seria discutido ao longo da capacitação. Assim, a dinâmica sugeria que o Facilitador reunisse o grupo e colocasse duas questões para reflexão: quais são os pontos fortes de cada participante em um trabalho colaborativo e quais as dificuldades cada um percebia em um trabalho nesses moldes. Assim, formariam grupos de 3 ou 4 pessoas, cada uma delas expondo suas respostas, após, uma exporia as respostas da outra, apresentando-a ao grupo. Objetivou-se, desde já, a troca das primeiras impressões pessoais sobre as idéias em relação a trabalho colaborativo.

Ato contínuo, o módulo começou introduzindo a noção de rede e a importância do compartilhamento de informações. A informação é um recurso cada vez mais valioso em nossos dias. Levando para o lado da Administração Pública, a formulação das políticas e serviços públicos, suas execuções, monitoramentos e avaliações dependem de informações sobre a questão a ser enfrentada, as características do público alvo, do território, o perfil das pessoas e grupos envolvidos e afetados, por exemplo. Formuladores e Executores de políticas públicas dependem deste controle e fluxo de informações. Pensando em termos do PoloSUS, isso demonstra a importância da metodologia do Diagnóstico, aplicado na primeira etapa, tanto na sistematização dos dados levantados em fontes secundárias, como através do Diagnóstico Rápido Participativo coletado junto aos participantes do Projeto, para melhor compreensão do público de cada microrregião, bem como a realização de um “mapa” dos avanços e desafios de cada um dos municípios do pólo.

Hoje, são variadas as maneiras de produzir, armazenar, divulgar e compartilhar as informações. Quanto aos dados públicos, há os portais de transparência, bem como demais bancos de dados públicos. Isso também se dá em relação ao objeto desta pesquisa, a saúde, havendo informações disponíveis sobre recursos, orçamentos, funcionamento de órgãos públicos, conselhos, etc. Nada obstante, se há avanços, ainda restam bastantes desafios quanto a democratização das informações e acesso aos recursos tecnológicos. O alto custo da tecnologia de armazenamento, produção e divulgação das informações ainda é possível para poucos indivíduos que podem arcar com este custo. Além disso, mais do que estar “conectado”, o módulo pontuou que também são importantes o desenvolvimento de

capacidades e habilidades para fazer bom uso da informação; é possível observar que ainda existe concentração do controle de informações e dos meios de comunicação, sendo difícil o acesso aos cidadãos e mesmo aos gestores a essas variadas fontes e utilizar essas fontes e informações de maneira efetiva.

Dessa maneira, o módulo buscou apontar a necessidade de democratizar o acesso com informações mais acessíveis de fato, além de conceber projetos públicos que auxiliem na capacitação de cidadãos, gestores públicos, lideranças sociais e usuários de políticas e serviços em relação ao uso dessas informações para fortalecimento do controle social em relação às autoridades públicas e maior participação Popular. O PoloSUS apresentou, por sinal, uma ferramenta valiosa nesse sentido: a Plataforma Virtual. A Plataforma foi concebida a partir da metodologia de trabalho em rede para mobilização e colaboração comunitária, bem como para produção e compartilhamento de informações. Adianta-se, contudo, que a falta de recursos após o fim do Projeto gerou a paralisação dos serviços de alimentação da Plataforma.

Também de caráter denso e importante, o módulo 4 apresentou conceitos importantes como Tecnologia da Informação, Gestão da Informação, Mídias Sociais e Interação Social. A maneira como proposta pelo conteúdo do módulo nos pareceu bastante interessante. Apresentar a possibilidade de que com as informações corretas e com a interação social, isto é, a troca de impressões, informações, conhecimento, conteúdos, podemos modificar e evoluir em comportamentos em relação ao controle social e participação para melhora do SUS é fundamental. Deste modo, pareceu-nos fundamental uma das primeiras discussões coletivas do módulo: *como nos valermos de novas tecnologias, das mídias (tradicionais e sociais) em um processo interativo que conecte pessoas e instituições, promova a circulação e o acesso à informação de forma a fortalecer a gestão participativa do SUS?*. Se respondida essa questão, já valeria o módulo com o propósito de capacitar para o fortalecimento do controle social e participação popular no âmbito do SUS.

A idéia de rede foi apresentada como sendo já uma idéia que permeia as relações humanas desde o primórdio da civilização. É a busca do ser – humano para se associar em busca de reduzir os esforços, distribuir e concentrar energia, dispersar tensões, provocar impactos, alterar situações desfavoráveis, reconfigurar ambientes e promover integração. A rede busca ser alternativa às formas de organizações piramidais, que, como características centrais, são burocratizadas, contando com hierarquias rígidas, certa demora nas respostas e processos nas tomadas de decisões.

Com efeito, o módulo 4 trouxe o argumento de que a estrutura piramidal não se coaduna com a formulação e execução de políticas públicas em contextos democráticos. Nesses cenários, é valorizada a participação popular com gestores, usuários, lideranças sociais, demais atores, como é previsto e acontece no SUS. Deste modo, as estruturas piramidais não favorecem essa participação na formulação, implementação e monitoramento das políticas, uma vez que as estruturas em pirâmide sejam caracterizadas como uma estrutura burocratizada, lenta, extremamente hierarquizada, com concentração de informações em seus níveis.

Lado outro, em relação às redes colaborativas, os integrantes se ligam horizontalmente uns aos outros. O que se forma é uma malha de fios, isto é, um conjunto de integrantes, sem um “nó” central, sem um chefe. Esses fios, esses conectores, podem ser tanto as informações que transitam pelos canais que interconectam seus integrantes – há redes que possuem como único objetivo a troca de informações -, como também as pessoas, que podem funcionar como conectoras ao interconectar outras pessoas, ou mesmo arenas e outras informações. A realização do objetivo é construída de maneira coletiva, uma vez que todos têm possibilidade de influir na decisão e também quinhões de responsabilidade. Na rede, todos os membros mantêm sua autonomia funcional, mas devem estar atentos ao seu papel na realização do objetivo coletivo. Nota-se que as redes possibilitam maior desconcentração de informações, bem valioso, como já anotamos, sendo essencial para o bom funcionamento da rede a livre circulação dessas informações, o que o módulo chamou de “livre intercomunicação horizontal”. Dessa maneira, todos os membros da rede devem ter acesso às informações que circulam pelos canais que os interliguem.

Nada obsta que exista delegação de poderes através de acordos mútuos, não há níveis de responsabilidade, mas diferentes modalidades de responsabilidades, sempre visando a um objetivo comum. O próprio desenho institucional da saúde do SUS fala em hierarquização e níveis de complexidade. O módulo apresentou também as características fundamentais para esse trabalho em rede: confiança interpessoal, cooperação e reciprocidade. Foi interessante o exemplo constante do material do facilitador, em que ao explicar essas questões, trouxe o exemplo do crédito associativo, em que um grupo de 20 pessoas se comprometeu a colocar 100 reais por mês em uma “caixinha”; a cada mês, um desses participantes era sorteado a receber a quantia depositada, de modo que ao final do processo todos tenham a oportunidade de ter recebido 2 mil reais, evitando juros e burocracias de empréstimos em bancos, por exemplo. O sucesso da experiência demanda cooperação, interconfiança e reciprocidade, uma

vez que as pessoas, nessas experiências, empenham suas reputações, correndo o risco de serem isoladas socialmente caso queiram ‘levar vantagem’. De modo que as redes contem com relações mais igualitárias.

O módulo aponta que o Plano Nacional de Saúde de 2012 a 2015 trouxe a importância das redes como um modelo organizativo de ações e serviços que favoreçam a superação da fragmentação e o preenchimento de vazios assistenciais, bem como fez várias referências a redes, como rede de atenção às urgências, rede para diagnóstico e tratamento, rede nacional de bancos de sangue de cordão umbilical e placentário para transplantes de células-tronco hematopoiéticas (BrasilCord), rede aberta de atenção à saúde mental, rede pública para ações de atenção a população indígena, rede Amamenta Brasil, rede de prevenção e controle do câncer de mama e do colo do útero, rede de pesquisa, rede de atenção integral ao idoso, rede de atenção integral às mulheres, crianças e adolescentes em situação de violências e sofrimento psicossocial, dentre outras, com especial recomendação para que essas redes voltem “atenção para os diferentes segmentos populacionais, caracterizados por condições específicas e determinadas por diferentes causas, quer de natureza biológica, quer social, cultural, econômica” (PNS 2012-2015), justificando uma vez mais o acerto da abordagem da parceria entre a UFJF e a SGEP.

As referências ao modelo de rede também aparecem no Plano Nacional de Saúde em relação à formação e qualificação contínua dos profissionais de saúde, ao uso de tecnologias de informação e comunicação (sobretudo como possibilidade de conexão efetiva entre profissionais que atuam em lugares remotos). Se as redes não funcionam exatamente como deveriam, ao menos são uma meta buscada pelo Sistema, conforme aponta o material de capacitação do PoloSUS.

A proposta de atividade “1” deste módulo seguiu a linha dos demais momentos antecedentes de capacitação, buscando medir se os beneficiários do Projeto assimilaram o conteúdo exposto. Em especial, nesta proposta, cada participante atuou de forma individual e autônoma inicialmente, recebendo uma folha sobre o “banco de troca de tempo”. Após a leitura da folha, cerca de dez minutos, cada um dos participantes escreveu em um papel 3 habilidades/competências que poderia doar na forma de tempo e três habilidades/competências que gostaria que lhe fossem doadas por outras pessoas. Ato contínuo, a dinâmica requeria que cada um andasse pela sala e conversando com as demais pessoas, formasse uma rede de modo a aproveitar ao máximo as habilidades de cada um, visando à satisfação de suas necessidades, interesses e desejos. Ao fim da dinâmica, cada

grupo relataria suas experiências sobre o resultado, quais foram as dificuldades, se os recursos, talentos, competências e habilidades foram todos aproveitados, se os interesses e necessidades foram satisfeitos e se houve desperdício. Interessante proposta que requereu uso das discussões até então apresentadas.

A continuação do módulo 4 se deu com a rememoração por parte do facilitador e dos participantes de instituições e grupos que funcionam como redes, por exemplo, as Comunidades Eclesiais de Base e, no caso da Saúde, as Redes de Atenção à Saúde. Essas últimas, relevantes para o Projeto, são arranjos de organizações em relação a ações e serviços em saúde, com diferentes níveis de complexidade tecnológica que, com auxílio de sistemas de apoio, logística e gestão, almejam garantir a integralidade do cuidado<sup>96</sup>. Também no SUS, as redes são pensadas em termos de eficácia na prestação do serviço, o que demanda cooperação entre os atores e busca por maior conhecimento dos territórios para que esses serviços e tecnologias possam ser efetivos.

Conforme os facilitadores apontaram no módulo, as redes de atenção à saúde buscam quebrar a alta hierarquização entre os serviços de saúde, busca-se a coordenação, a continuidade no cuidado e integração assistencial por toda a atenção. Essa integralidade na assistência deve(rá) levar em consideração o indivíduo, a família e a comunidade, tendo em conta as questões culturais, de gênero e demais pontos de diversidade populacional.

Se bem estabelecida a idéia de redes de assistência, o SUS conseguiria funcionar sob os moldes de um sistema de governança único, definindo metas para o curto, médio e longo prazos, articulando as políticas institucionais, ao mesmo tempo que desenvolve a capacidade de gestão para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gestores. O que poderia auxiliar na sedimentação da participação social de maneira mais ampla e na gestão integrada dos sistemas administrativo, clínico e logístico. Com esse objetivo, o módulo procurou apontar, a necessidade de contínua capacitação de recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos para alcançar os objetivos da rede, assim como também se faz necessário que o sistema seja aperfeiçoado também de maneira contínua para que todos os membros da rede sejam vinculados, com identificações específicas e pertinentes, como sexo, idade, lugar de residência, origem étnica, dentre outras, para melhor diagnóstico e resposta dos serviços de saúde, culminando em eficiência e equidade, uma vez que as experiências praticadas nas

---

<sup>96</sup> Ver, sobretudo, a Portaria nº 4279/2010 do Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em 9 de março de 2018

localidades serão conhecidas, inclusive e principalmente aquelas ligadas aos tratamentos alternativos e relacionados aos conhecimentos tradicionais.

Pensando no PoloSUS, o modelo de redes de atenção é convergente com a proposta do controle social, pois a racionalização dos serviços colocados em rede pode facilitar o acesso e a reflexão para propostas inovadoras e socialmente contributivas para o desenvolvimento das comunidades. Além disso, a rede pode facilitar e incentivar ações baseadas no controle social e na participação, com promoção do engajamento de usuários, gestores e trabalhadores da área de saúde nas diversas instâncias de implementação das políticas de saúde.

Em termos de inovação e uso da tecnologia de maneira colaborativa, o módulo apresentou a experiência do Sistema Universidade Aberta do SUS – UNASUS, criado em 2010, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde que atuam no SUS, que já conta com a colaboração de 35 instituições de ensino superior para alimentar o acervo e a plataforma arouca.

Ato contínuo, foi apresentado aos beneficiários a parte de tecnologia social do PoloSUS, o modo como se pretendia construir a rede colaborativa de informações do PoloSUS. A partir da apresentação dos conceitos de rede centralizada, rede descentralizada e rede distribuída, o Projeto se colocou como uma rede descentralizada, pois, embora sem um centro único que concentra as informações e responsabilidades, o modelo gera a oportunidade de existência de múltiplos centros de responsabilidades e colaboração. Essa foi uma escolha de desenho de rede que levou em consideração a abrangência do Projeto em relação aos saberes especializados mobilizados, número de cidades e público-alvo. Afinal, o PoloSUS foi articulado mobilizando cerca de 1500 pessoas de diferentes áreas de atuação e de diversas perspectivas: usuários, gestores, prestadores, trabalhadores. A abrangência espacial do PoloSUS também foi digna de nota, abarcando três mesorregiões (Zona da Mata, Campo das Vertentes e Vale do Rio Doce), sendo 280 municípios em 17 polos microrregionais e, ainda, tomou para si a missão de capacitar essas pessoas dessas diversas localidades sobre os diferentes grupos focos do Projeto: populações do campo e da floresta, ciganos, negros, lgbt e população em situação de rua.

Deste modo, o desenho de múltiplos centros de responsabilidade foi pensado também de maneira colaborativa, tendo como principal via ou ferramenta a plataforma virtual. Essa rede colaborativa pensada pelo PoloSUS focada no controle social buscou utilizar de recursos tecnológicos para assegurar e promover a gestão da informação. Essa promoção aconteceria através da Plataforma Virtual acessível em um portal na internet, em que os membros

poderiam efetivamente participar, contribuindo e interagindo no processo que constituiria e manteria vida a rede. Essa rede virtual previa um centro físico para abrigar a tecnologia da Plataforma e também facilitadores que alimentariam a rede, com técnicos em Tecnologia da Informação, bem como técnicos em gestão democrática e em gestão do conhecimento<sup>97</sup>. Dessa maneira, a rede se distribuiria em variados centros de referência virtuais e também presenciais, a partir dos quais seria possível o acesso à plataforma e aos pólos articuladores, sendo esses um total de 17, exatamente aqueles pólos que funcionaram como os centros de reunião do diagnóstico rápido participativo e das capacitações.

O pólo articulador da rede teria o propósito de estimular a colaboração de pessoas e instituições visando a fomentar o livre fluxo de idéias e a democratização da informação com vistas ao efetivo exercício do controle social do SUS. Não se trata, como bem apontava a formulação da rede pelo Projeto, deste Polo ser um ponto centralizador da informação, caberia ao Polo ser o estimulador e ponto de compartilhamento democrático desse fluxo de informações, alimentando esse fluxo de idéias. Em cada um dos pólos poderia haver fóruns, grupos de trabalho, eixos temáticos a fim de realmente fortalecer essa troca colaborativa de experiências e idéias. Assim, todas as pessoas e instituições poderiam se tornar membros desta rede, bastando a adesão na forma da plataforma virtual, como foi demonstrado na capacitação.

José Augusto, como já pontuamos neste trabalho, que ajudou a conceber o projeto, via/vê com bons olhos a plataforma, como realmente uma conquista em termos de inovação e tecnologia de cunho social. Segundo ele,

tanto é que a plataforma SUS, do PoloSUS, que ainda é uma experiência bem embrionária, ela é resultado dessa troca, dessa construção coletiva gestada dentro do projeto PoloSUS, na Universidade Federal de Juiz de Fora. Todas as plataformas são iguais? Todas as plataformas têm suas características, peculiares, inclusive, mas o que diferencia essa nossa plataforma é justamente essa nossa preocupação de transformar informação em conhecimento disponível para esse público, para que ele possa, com essa quantidade de informação gerada pelo Sistema Único de Saúde, possa transformar essas informações em conhecimento acessível, em conhecimento trabalhável, para que esse público possa ter como ferramenta no seu dia a dia no controle social. Não somente o gestor, mas, sobretudo, a liderança social: os conselheiros de saúde, as lideranças comunitárias, até para chegar no grosso do nosso público-alvo: os usuários.

Os usuários acessam/acessariam livremente e mais: encontrarão na plataforma, quando ela estiver plenamente implementada, um espaço de articulação e um espaço de fortalecimento dessa idéia que o controle social é um processo de

---

<sup>97</sup> Por se tratar de um estudo de caso, já nos permitimos colocar o verbo no passado. Isso denota e adianta uma das situações que se tornaram entraves à continuidade do Projeto: com o rompimento político e institucional brasileiro, sobretudo após o impeachment da Presidenta Dilma Rousseff, os incentivos, inclusive financeiros, ao Projeto foram encerrados. Dessa maneira, a alimentação da Plataforma ficou prejudicada. Esse registro aparecerá mais detalhado em seções seguintes deste trabalho.

empoderamento dos movimentos sociais, das demandas sociais. Ou seja, uma forma de transformar os conteúdos em instrumentos de uma prática de controle social efetiva.

Uma das situações que mais dificultariam a dinâmica, em nossa avaliação, seria o suporte para manutenção da dinâmica desses múltiplos centros. Como resposta, a idéia do Projeto era contar com a cooperação, colaboração, dedicação e compromisso – valores que foram destacados durante a capacitação, como pontuamos – das pessoas para garantir o livre fluxo de idéias, garantir a democratização do conhecimento e a interatividade das pessoas nos compartilhamentos dos eventuais fóruns, grupos de trabalho e demais experiências.

Nada obstante, a Rede sugeria a realização de objetivos importantes como auxiliar na ampliação dos níveis de articulação e mobilização da população-alvo, oferecer e intensificar um ambiente colaborativo entre os diferentes segmentos abarcados pelo Projeto, promovendo trocas de informações e conhecimentos sobre o controle social. Assim, os participantes do Projeto teriam continuidade em relação à educação em saúde e controle social e participação democrática. Com esta modalidade de Rede, o PoloSUS buscava catalogar as diferentes experiências de outras em redes em curso e acrescentar a própria experiência do Projeto, contando com o engajamento efetivo dos participantes das capacitações e outras pessoas e instituições que fossem se agregando ao longo do tempo. Entrementes, os objetivos eram bem delineados e, de fato, podem/poderiam abarcar as mais variadas realidades e os diversos modos de compreender a saúde e o controle social no âmbito do SUS.

O fim do módulo compreendeu duas dinâmicas sobre trabalhos coletivos, que induziram os participantes a trocarem contatos entre si, a fim de fomentar suas próprias redes. Além disso, houve demonstração pelos facilitadores da plataforma virtual – materialização da rede do PoloSUS – aos participantes.

#### **4.3. Perfil dos Participantes**

Descritas as etapas do Projeto, principalmente os quatro módulos das capacitações, buscamos nesta seção mapear o perfil dos participantes, com auxílio metodológico da análise documental dos formulários de inscrições e listas de presenças do PoloSUS.

Tendo por base os dados colhidos com os formulários, é possível seguir os critérios adotados pela secretaria executiva do Projeto e separar dois grupos: os mobilizados e os participantes. Como mobilizados, entende-se o conjunto de pessoas que se inscreveram no

Projeto. Os participantes são aqueles e aquelas que de fato compareceram aos diagnósticos e capacitações.

.De início, é preciso lembrar que o originalmente o Projeto era destinado a capacitar gestores públicos, conselheiros de saúde, assistência social e direitos humanos, e lideranças sociais. Contudo, como pontuou em conversa a Professora Marta Mendes, o PoloSUS acabou por redefinir os critérios de inscrição, acabando por também considerar inscrições de outros públicos interessados, como estudantes ligados a cursos de saúde e demais interessados. A Professora pontuou ainda que essa maior abertura foi uma estratégia adotada frente à situação de que o número de vagas ofertados nas capacitações, assim como ocorreu na etapa do diagnóstico rápido participativo, não estavam sendo preenchidos. Em nossa avaliação, essa decisão se mostrou bastante acertada, não só pelo proveito do número de vagas ofertadas, atingindo ao final 572 participantes, mas também por proporcionar diferentes visões nos trabalhos e dinâmicas dos módulos.

O acerto da estratégia também se manifesta porque, do contrário, o alcance do Projeto poderia restar prejudicado. Já nessa etapa das capacitações, foram alcançados 113 municípios. Sendo 16 no Campo das Vertentes, 40 no Rio Doce e 57 na Zona da Mata.

Tomando-se como critério o sexo declarado dos participantes, percebe-se que houve predominância masculina na frequência às capacitações. A presença de mulheres variou entre 15% a 22,3% nos módulos.

Tabela 6. Distribuição dos Participantes das Capacitações por Sexo

Sexo	Módulo 1 (%)	Módulo 2 (%)	Módulo 3 (%)	Módulo 4 (%)
Masculino	78,5	76,3	83,5	79,7
Feminino	21	22,3	15,3	18
Preferiu não opinar	0,5	1,3	1,2	2,3

Fonte: Formulação própria a partir dos formulários de inscrições do PoloSUS e Relatório de Prestação de Contas

Se compararmos com a composição do Conselho Nacional de Saúde, essa disparidade é relevante e dista da composição do CNS, uma vez que segundo relatório do IPEA (2012<sup>98</sup>), a composição do CNS é de 60% de homens e 40% de mulheres. Essa disparidade encontrada

<sup>98</sup> Disponível em: [http://ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/relatoriosconselhos/120409\\_relatorio\\_cns.pdf](http://ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/relatoriosconselhos/120409_relatorio_cns.pdf). Acesso em 13 de abril de 2018

no PoloSUS se assemelha mais à verificada no Congresso Nacional, em que menos de 15% das cadeiras são ocupadas por parlamentares mulheres.

Já se tomarmos como critério o fator etário, observamos que houve predominância de participantes na faixa dos 21 a 30 anos, acompanhados dos participantes de 31 a 40 anos. Sendo, nada obstante, curioso notar a presença de maior percentual (8%) de pessoas na faixa de 70 anos ou mais no módulo 2.

Tabela 7. Distribuição dos Participantes nos módulos pelo critério etário

Faixas etárias	Módulo 1 (%)	Módulo 2 (%)	Módulo 3 (%)	Módulo 4 (%)
Até 20 anos	2,4	2,9	13,4	3,9
De 21 a 30 anos	34,1	29,4	25,5	27,2
De 31 a 40 anos	26,2	24,6	22,5	25
De 41 a 50 anos	20,3	19,9	19,2	23,6
De 51 a 60 anos	12,5	12,4	14,6	16,1
De 61 a 70 anos	3,7	2,9	3,8	3,6
Mais de 70 anos	0,7	8	1	0,6

Fonte: Elaboração própria a partir dos formulários de inscrições do PoloSUS e Relatório de Prestação de contas

Duas outras categorizações também são possíveis através dos formulários: setor profissional e atuação social. Concordamos com o critério que encontramos no Relatório de Prestação de contas do Projeto, o rótulo profissional abrangente utilizado permitiu a não dispersão de várias categorias profissionais, trazendo a possibilidade de comparar a frequência de participação de profissionais da área de saúde e profissionais de outras áreas, inclusive por nível de ensino. Nesse sentido, vale anotar, que os profissionais da saúde de nível médio, em sua maioria agentes comunitários, estiveram com relevante percentagem de frequência/inscrição.

Tabela 8. Distribuição de Participantes do Projeto por profissão e nível de ensino

Setor profissional por nível de ensino	Percentagem de inscrições nos módulos (%)
Profissional da saúde de nível superior	20,8
Profissional da saúde de nível médio	12,1
Profissional da saúde de nível técnico	7,1

Outro profissional de nível superior	18,2
Outro profissional de nível técnico	3,1
Outro profissional de nível médio	6,7
Discente	16,5
Outro Profissional	7,5
Aposentado(a)	3,7
Não informou	4,3

Fonte: Adaptação do Relatório Final de Prestação de Contas (mimeografado).

Somando os diferentes níveis de ensino em relação aos profissionais da saúde, 40% das inscrições foram realizadas por esses profissionais, um dado que não surpreende pela temática, mas é interessante por denotar que os profissionais da área se interessaram pela temática do controle social e aperfeiçoamento da participação popular no SUS.

Outro dado que chamou a atenção nessa categorização profissional foi a presença de discentes. Acreditamos que essa presença se deva ao atrativo mais imediato dos certificados, que ajudariam no cumprimento dos créditos de horas complementares exigidos para colação de grau. De maneira mediata, e também importante, são alunas e alunos com interesse na temática do PoloSUS que, por terem que frequentar 75% do curso para obtenção do certificado, tiveram contato com as importantes temáticas tratadas.

Tabela 9. Distribuição dos participantes por profissão e área de atuação

Profissão/atuação	Módulo 1 (%)	Módulo 2 (%)	Módulo 3 (%)	Módulo 4 (%)
Conselheiro	18	17,7	17	19,8
Gestor Público	1,2	0,9	1,2	1,8
Membro de Movimento Social ou Grupo/Associação comunitária	4,6	3,1	2,9	3
Trabalhador da Saúde	38,3	34,7	35,8	41,6
Trabalhador da Assistência Social	9	8,4	6,8	6,6
Usuário do SUS	4,6	5,3	3,4	4,1
Estudante	18,7	20,8	25,3	15

Professor/Pesquisador	1,6	1,8	2,2	1,5
Outra	1,4	-	2	-
Não informado	2,6	7,3	5,1	6,6

Fonte: Adaptação a partir dos Formulários de inscrições e Relatório de Prestação de Contas

Em relação à segunda categorização – área de atuação -, novamente apareceram como principais segmentos inscritos e participantes os trabalhadores da saúde e os estudantes, perfazendo mais da metade dos freqüentes às capacitações. Em relação ao público-alvo originalmente previsto, somando a presença de todos os segmentos (Conselheiros, Gestores Públicos, Membros de Movimento Social ou Grupo comunitário e Usuários), houve média de 27% de inscrições, justificando mais uma vez a estratégia da Coordenação em abrir as vagas para outros segmentos.

Parece-nos que o esforço da equipe do PoloSUS na divulgação contatando diretamente os conselhos gerou uma mobilização neste segmento que resultou em quase 20% de inscrições de conselheiros em todos os módulos. Os dados preocupantes ficam por conta dos usuários e gestores. Os primeiros porque com a ampliação da abrangência do Projeto esperava-se maior adesão, principalmente por ser um tema, em tese, de interesse dos usuários, vide as temáticas que foram tratadas e os conhecimentos que foram explanados.

O segundo dado é, além de preocupante, decepcionante, a baixa adesão dos gestores públicos locais aliada a alguns atos de não divulgação ou impedimentos de adesão de outros segmentos – por exemplo, trabalhadores da saúde e da assistência social impedidos por secretários de comparecerem – denotam a dificuldade de uma ponte com os gestores públicos locais em relação à participação popular e controle social na área da saúde. Esse é um dado que mereceria maiores investigações, mas que dado o tempo e espaço dessa pesquisa não foi possível realizar<sup>99</sup>.

Outro fato também preocupante e até decepcionante foi a baixa adesão também dos movimentos sociais que, de acordo com a pesquisa, atingiram não mais que cerca de 5% das inscrições. Esse dado pode denotar um dos “fracassos” do PoloSUS por não ter conseguido mobilizar esses grupos, uma agenda central do Projeto estipulada pela SGEP. Algumas situações já foram apontadas nesta pesquisa para este resultado, como a ausência quase completa de informações sistematizadas sobre a existência, modos de vida e localização

<sup>99</sup> Enviamos e-mails para secretarias e prefeituras na fase de coleta de dados, mas até o fechamento dessa versão não houve qualquer resposta por parte dos gestores públicos. Interessava-nos compreender quais eram os motivos dessa baixa adesão e qual nível de importância esses gestores reputavam a iniciativas como o PoloSUS.

desses grupos, ao menos até o início do Projeto. Como também apontado, a equipe teve que lançar mão da metodologia da “bola de neve” para conseguir contatos das lideranças comunitárias e de pessoas ligadas aos movimentos sociais/grupos abrangidos; logo, se o esforço dessa organização de lista de contatos já é um produto consideravelmente relevante do projeto, a ausência de sistematização prévia por parte dos órgãos públicos pode ter contribuído para a dificuldade encontrada, sendo decisiva para o alcance aquém do esperado pelas expectativas iniciais do Projeto. Além disso, a Coordenadora Marta Mendes ainda aponta como dificuldades “os déficits de associativismo e envolvimento em projetos coletivos” (informação escrita via entrevista), vale o registro da fala da Coordenadora em relação aos desafios enfrentados pelo PoloSUS nessa mobilização, apontando que tiveram:

dificuldades de mobilizar pessoas e lideranças sociais que pertenciam às cinco minorias prioritárias do projeto. Nosso público-alvo era mais amplo e incluía usuários, trabalhadores de saúde, conselheiros, gestores, lideranças, etc. Mas, desde o início, sabíamos da importância de incluir pessoas que se reconheciam como pertencentes aos cinco grupos citados como forma de dar a elas voz no processo, de permitir que elas trouxessem, por si mesmas, suas perspectivas, experiências, problemas, etc. Infelizmente, os resultados ficaram aquém do que esperávamos (...).

Como já afirmado a mobilização dos cinco grupos minoritários ficou aquém do que esperado. Isso tem a ver com os próprios déficits de associativismo e envolvimento em projetos coletivos, mas, também, com nossos limites de equipe e tempo para se dedicar à mobilização.

#### **4.4. Avaliação do Projeto: as visões sobre o que foi possível executar**

Nessa continuidade, nosso intuito é trazer o registro dos critérios utilizados pelo Projeto na sua autoavaliação, bem como, e talvez principalmente, registrar e analisar como os participantes e o Ministério da Saúde avaliaram o PoloSUS.

Tendo em vista que “a compreensão do sucesso e do fracasso das políticas públicas é fundamental para o melhor desempenho da administração pública” (TREVISAN, BELLEN, 2008, p.530), a seção busca registrar e analisar a avaliação sobre a metodologia do Diagnóstico Participativo, os indicadores para a avaliação global do Projeto por parte dos participantes, a avaliação dos participantes sobre a adequação e aplicabilidade dos conteúdos das capacitações, as declarações da própria equipe sobre os trabalhos desenvolvidos, as narrativas dos técnicos do Ministério da Saúde sobre a avaliação do órgão em relação ao PoloSUS, pontuando os sucessos, desafios e o que ficou por fazer. Tem-se, portanto, as avaliações em suas diferentes possibilidades de existência a partir do ponto do observador,

seja ele interno (participantes e equipe do Projeto), seja ele externo (Ministério da Saúde como ente parceiro e proponente e nós ao emprendermos esse estudo de caso).

Sabemos, com efeito, que corremos o risco da descrição relativamente prolongada, mas é que, conforme Andrei Trevisan e Hans Van Bellen (2008, p. 536) afirmam: as avaliações podem ser problemáticas para governantes, executores e gestores de projetos, uma vez que os resultados podem gerar “constrangimentos públicos”. A importância de muitas vezes detalhar procedimentos recai no dever da pesquisa de buscar o máximo de informações possíveis para contribuir não só com a análise do objeto imediato, mas, esperamos, também gerar contribuições para projetos vindouros. Como a Coordenadora do PoloSUS afirmou quando perguntada se aceitaria coordenar um projeto semelhante e quais alterações proporia: “Acho que a experiência acumulada no PoloSUS serviria de base importantíssima em todas as etapas de um futuro projeto. Teríamos condições de desenvolver as atividades de forma mais sistemática, com melhor planejamento” (Depoimento em Entrevista com Marta Mendes da Rocha).

Dessa maneira, ter em conta as informações coletadas a partir das avaliações é uma dimensão importante do estudo de caso. A Coordenação do Projeto, nas entrevistas, registraram essa preocupação em “acompanhar cada etapa e colher subsídios” para auxiliar a fazer ajustes caso fossem necessários. Então, em cada fim de etapa, os participantes preencheram formulários avaliando o facilitador, o material, a metodologia, a organização, manifestando-se sobre os aspectos positivos e negativos e temas que mais despertaram seus interesses. A Coordenadora Marta Mendes salientou, ainda, todos os facilitadores também eram instruídos a enviar relatórios que descrevessem o processo de capacitação – mas nem todos enviavam, como pontuou na entrevista -. Os membros da equipe técnica que acompanhavam os facilitadores mantinham cadernos de campo registrando os processos, como já tivemos a oportunidade de citar nessa pesquisa. Vê-se que o Projeto tinha uma preocupação intensa de registrar todas as etapas da execução com listas de presenças, fotos, filmagens, questionários de avaliação, diários de campo, etc.

#### 4.4.1. Avaliação da metodologia do Diagnóstico Rápido Participativo

Seja como for, em relação à metodologia utilizada no Diagnóstico Rápido Participativo, tendo por base as respostas obtidas em entrevistas com os facilitadores e com alguns participantes/beneficiários do Projeto, ficaram marcadas as falas sobre a dinâmica

interativa das reuniões nos pólos, as falas registraram uma característica que permeou todos os diagnósticos de todos os pólos: a efetiva participação com intensidade por parte dos beneficiários. Esse registro veio tanto dos próprios participantes quanto dos facilitadores.

Os participantes deram testemunhos avaliando positivamente a metodologia do Diagnóstico Rápido Participativo marcadamente pela possibilidade que o Projeto proporcionou a eles de discutirem abertamente sobre a realidade dos municípios, os problemas referentes à saúde, os desafios encontrados para o funcionamento dos Conselhos. Também como ponto positivo aparecem registros sobre a participação de pessoas que se identificavam com os grupos vulneráveis alvo do PoloSUS, que falavam “em nome próprio” sobre os problemas enfrentados por esses segmentos no acesso aos serviços de saúde e ao sistema em geral. Infelizmente, como pontuamos, essa frequência foi menor que a esperada e desejada e, como já salientamos através de citação ao artigo da Professora Cristina Dias (SILVA, 2017), a participação nos diagnósticos (e mesmo nas capacitações) não foram suficientemente esmiuçadas para que pudessem influir nas propostas do projeto, demarcando outra característica do projetismo, que também já citamos a partir de Pareschi (2002).

Nada obstante, os facilitadores que responderam às nossas perguntas registram que a heterogeneidade, característica marcante do público participante, foi um desafio encontrado, requerendo que algumas adequações metodológicas na aplicação do diagnóstico – o que se repetiu também nas capacitações – fossem necessárias para melhor assimilação e compreensão por parte de todos os participantes.

#### 4.4.2. Avaliação global do Projeto

A equipe de coordenação e secretaria executiva esteve atenta para a necessidade de autoavaliação do Projeto, bem como de monitoramento para aperfeiçoamento constante. Para cumprir tal objetivo de avaliar e monitorar, a estratégia utilizada foi a aplicação de formulários de avaliação aos participantes após as atividades em cada turma formada.

Alguns dos itens do formulário quando unidos em um conjunto possibilitaram a formação de um indicador de avaliação geral sobre a qualidade do trabalho por parte dos participantes. Através dos itens, os participantes manifestavam suas opiniões sobre o Projeto; para isso, deveriam assinalar uma das opções que variavam em cinco níveis, entre “ótimo” e “péssimo”. Dentre os itens avaliados, as proposições constantes do formulário de avaliação eram:

##### I. O desempenho da equipe de apoio do Projeto

- II. O desempenho do(a) facilitador(a)
- III. Capacidade do facilitador de transmitir os conteúdos e trabalhar com a turma
- IV. Metodologia (forma escolhida para desenvolver o trabalho)
- V. A dinâmica inicial de apresentação
- VI. Os vídeos e materiais utilizados na capacitação
- VII. As propostas de discussões sobre os vídeos
- VIII. A atividade proposta para os grupos de trabalho
- IX. A carga horária para transmitir o conteúdo da capacitação
- X. Disposição da Equipe para o esclarecimento de dúvidas

De acordo com as informações passadas em entrevista pela Secretária Executiva, os indicadores foram divididos em avaliação geral do projeto, avaliação da equipe, avaliação dos facilitadores e avaliação das atividades e materiais. A partir das respostas – “ótimo” a “péssimo” -, era possível que os itens variassem na fatoração de “1” a “5”. Isto é, se as respostas a um dos itens fossem unânimes em avaliar como “ótimo”, o Projeto registraria a avaliação fatorada em “5” nessa escala. Se, ao revés, a avaliação fosse unânime em “péssimo”, o resultado da avaliação fatorado seria “1”. Assim, a fatoração representou uma média das avaliações.

A equipe propôs quatro indicadores para avaliação do PoloSUS pelos participantes, esses indicadores seriam constituídos após a análise dos dez itens mencionados. Os quatro indicadores são: avaliação geral do projeto, avaliação da equipe, avaliação do facilitador e avaliação das atividades e materiais.

Assim, a) a avaliação geral do projeto foi composta pela análise de todos os itens (I a X), b) a avaliação da equipe foi constituída após análise dos itens que analisavam a equipe de apoio, itens I e X, c) a avaliação do facilitador foi composta pelos itens II e III, e d) a avaliação das atividades e materiais foi composta pelos itens VI a VIII, que buscavam mapear como os participantes valoraram os vídeos, dinâmicas e demais atividades em grupo.

Tabela 10. Fatoração da Avaliação dos Participantes – dados gerais

Indicadores	Módulo 1	Módulo 2	Módulo 3	Módulo 4
Avaliação Geral do Projeto	4,64	4,73	4,61	4,67
Avaliação da	4,74	4,83	4,71	4,77

Equipe				
Avaliação do Facilitador	4,75	4,82	4,73	4,77
Avaliação das atividades e dos materiais	4,59	4,66	4,54	4,60

Fonte: Elaboração própria a partir dos formulários de avaliação e adaptação a partir dos relatórios gestão do Projeto

Dado que a fatoração máxima, isto é, a melhor avaliação possível seria o fator correspondente a “5”, a tabela mostra que os participantes tiveram o PoloSUS em alta conta nas avaliações gerais, em todos os itens avaliados. A menor fatoração atingiu 4,5; além disso, houve certo padrão nas avaliações sobre cada um dos itens, o que demonstra que, aos olhos dos participantes, o Projeto conseguiu satisfazer os critérios com qualidade e essa qualidade resplandeceu em todas as áreas avaliadas.

Os formulários de avaliação aplicados junto aos participantes também possibilitaram avaliar a percepção do público em relação aos conteúdos abordados pelos prismas da adequação da apresentação quanto pela aplicabilidade na rotina cotidiana de trabalho. Para o primeiro prisma, a pergunta guia foi “qual sua opinião sobre os assuntos e temas abordados na capacitação?”, havendo como possibilidade de respostas: “adequado”, “adequado, mas pontos importantes não foram abordados”, “adequado, mas alguns pontos foram detalhados em excesso” e “inadequado aos objetivos propostos”. As respostas foram convertidas em médias para porcentagem, como segue.

Tabela 11. Avaliação dos Participantes sobre a adequação dos conteúdos expostos por módulo

Qual sua opinião sobre os assuntos e temas abordados na capacitação?	Módulo 1 (%)	Módulo 2 (%)	Módulo 3 (%)	Módulo 4 (%)
Adequado	90	90,3	88,2	91,2
Adequado, mas pontos	6,1	5,5	7,4	3,9

importantes não foram abordados				
Adequado, mas alguns aspectos foram detalhados em excesso	3,4	3,7	3,7	3,6
Inadequado aos objetivos propostos	0,5	0,5	0,7	1,3

Fonte: Elaboração própria a partir dos formulários de avaliação e Relatório de Gestão do Projeto

De maneira geral, nos quatro módulos, os participantes avaliaram que o conteúdo exposto foi adequado à proposta das capacitações. Em nossa avaliação, para essa pesquisa, faltou captar quais pontos não foram abordados para, por exemplo, aqueles 7,4% de participantes de um módulo tão denso como o módulo 3. Essa informação, se pudesse ser recuperada, admitindo como possível a hipótese de que no futuro novos projetos como o PoloSUS podem ocorrer, seria um agregado relevante em termos de aperfeiçoamento da exposição.

Nada obstante, já para o segundo prisma, que buscava mapear a avaliação dos participantes em relação à aplicação dos conteúdos expostos nas capacitações em sua rotina de trabalho, a pergunta guia foi “as informações/conteúdos tratados na capacitação têm aplicabilidade na sua rotina de trabalho?”. As opções de resposta possíveis de serem assinaladas eram: “será muito útil para meu trabalho”, “vários aspectos podem ser aproveitados a realidade do meu trabalho”, “alguns aspectos podem ser aproveitados a realidade do meu trabalho”, “poucos aspectos podem ser aproveitados para a realidade do meu trabalho” e “não vai servir para nada na realidade do meu trabalho”.

Tabela 12. Avaliação dos Participantes em relação à aplicabilidade dos conteúdos expostos nas capacitações nas suas rotinas de trabalho

As informações/conteúdos tratados na capacitação tem aplicabilidade na sua rotina diária de trabalho?	Módulo 1 (%)	Módulo 2 (%)	Módulo 3 (%)	Módulo 4 (%)
Será muito útil para meu trabalho	51,6	56,8	57,5	60,1
Vários aspectos podem ser aproveitados a realidade do meu trabalho	36,9	32,5	32,4	29,5
Alguns aspectos podem ser aproveitados a realidade do meu trabalho	9,3	8,6	8,5	9,4
Poucos aspectos podem ser aproveitados para a realidade do meu trabalho	0,5	0,7	0,5	0,5
Não vai servir para nada na realidade do meu trabalho	1,6	1,4	1	0,5

Fonte: Elaboração própria a partir dos formulários de avaliação e adaptação do Relatório Final de Prestação de Contas do PoloSUS.

É possível observar que se na adequação do conteúdo a avaliação geral atinge 90% quanto a percepção como plenamente adequado, em relação à aplicabilidade dessa adequação

dos conteúdos, essa avaliação “cai” um pouco ou, ao menos, as avaliações são mais divididas entre “ser muito útil” para a realidade dos trabalhos dos participantes e “vários aspectos” poderem ser aproveitados nas rotinas de trabalho. Sendo, contudo, que somadas as avaliações, a aplicabilidade dos conteúdos atingem com adequação e aproveitamento cerca de 88% a 90% dos participantes, o que é plenamente satisfatório.

Chama a atenção, ainda, a alta avaliação sobre a aplicabilidade do módulo 4, que tratou sobre as redes colaborativas. Isso denota que o conteúdo foi, além de adequado, importante de ser passado e possui chances de ter colaborado de maneira decisiva para o controle social e participação popular no âmbito do SUS, atingindo um dos principais objetivos do Projeto. Segundo a Secretária Executiva do Projeto, para além de superar a meta inicial de capacitar 1400 pessoas, ainda hoje há redes formadas em grupos de aplicativos como whatsapp, em que os participantes trocam informações sobre fatos políticos relacionados ao SUS e também sobre eventos e conferências referentes à temática da saúde.

Salientamos, uma vez mais, a importância desses mecanismos de autoavaliação e avaliação dos participantes enquanto realização dos objetivos do projeto. Sem dúvidas, essas informações coletadas apontam importantes índices que recompensam o empenho e ilustram, principalmente perante o Ministério da Saúde, o desempenho – como, ao longo do caminho, pareceu ser uma preocupação da coordenação (SILVA, 2017) -, mas também nos parece confirmar que o fenômeno do “projetismo” se manifesta de maneira concreta.

Como citamos, o “projetismo” é o termo que designa a situação “em que o plano é a única sagrada e inviolável realidade” (PARESCHI, 2002, p. 103). Assim, os projetos passam a ser construídos sob a lógica do sucesso inevitável, ainda que a implementação tenha sequer iniciado. Por conseguinte, o foco das avaliações permanece nos projetos em si mesmos e não em seus contextos mais amplos, “seja o modo de vida dos grupos sociais ou entidades que o apresentaram, seja o das estruturas que condicionam e moldam de alguma forma a situação em que estes grupos e entidades se encontram” (PARESCHI, 2002, p. 103). Em outras palavras, a avaliação apresentada é importante, repita-se, mas é o retrato daquele momento, do evento, do projeto em si a partir do fenômeno de sua realização, entretanto, não há registro quanto aos “sucessos” ou “fracassos” dos objetivos externos que o projeto continha, sobretudo se houve aumento da participação popular e controle social nos municípios abarcados e melhora nas iniquidades de acesso e fruição do direito à saúde pelos grupos prioritários. Mesmo nós, a partir dos limites de tempo dessa pesquisa, não tivemos como

medir esse índice<sup>100</sup>. Ao fim e ao cabo, a avaliação parece demonstrar que políticas que visam ao aumento de participação já ressignificam, em si mesmas, a idéia de participação. A Professora Cristina Dias resume bem a situação:

[a]ssim, embora tenhamos chegado à conclusão de que é impossível afirmar que a participação social em saúde nos 280 municípios mineiros aumentou – os dividendos do “Polo SUS” pareciam já estar nos esperando antes que lá chegássemos: realizamos muitos encontros, muitos coffe breaks, mobilizando grande quantidade de pessoas que, ao participarem do projeto, já realizavam de uma só vez o engajamento que esperávamos obter como resultado – e não como processo. (SILVA, 2017)

Com efeito, internamente, a equipe do PoloSUS avalia que o projeto foi um sucesso, há, claramente, um verdadeiro orgulho por parte dos participantes da equipe, secretaria executiva e coordenação em relação ao trabalho realizado. Com razão, foram meses de trabalho árduo. O evento em si, por acontecer, nas condições reais de possibilidade já pode ser considerado um sucesso.

Por conseguinte, no âmbito das avaliações, também foi importante a avaliação por parte do Ministério da Saúde através da DAGEP<sup>101</sup>. Segundo Katia Souto (Coordenadora e Diretora do DAGEP/SGEP, entre 2011 e maio de 2016) e Fernando Elioterio (servidor comissionado no Ministério da Saúde e componente do Conselho Nacional de Saúde, à época do Projeto), técnicos da SGEP, que foram responsáveis pelo acompanhamento do PoloSUS, o Projeto foi avaliado de maneira muito positiva. Katia Souto, em sua avaliação, chama a atenção para o fato de que o diálogo mais propositivo por parte da SGEP foi relativo à necessidade da inclusão e trato dos grupos em situação de vulnerabilidade que citamos ao longo desta pesquisa, Katia apontou que foi extremamente bem visto e avaliado por parte do Ministério da Saúde a ampliação deste objeto que a UFJF/PoloSUS promoveu, elogiando,

---

<sup>100</sup> Esforçamo-nos para dialogar com participantes do projeto, público-alvo geral e público representante dos grupos vulneráveis, conseguindo algumas poucas entrevistas que não poderiam ter o condão de representar a totalidade, ainda que por amostragem. Entretanto, as falas são no sentido de que o projeto capacitou para “entender um pouco melhor” o funcionamento do SUS, os repasses de recursos, a estrutura, a idéia de rede. Contudo, as falas também são no sentido de que “deveria ter mais tempo e mais encontros para sempre lembrar a gente dos nossos direitos”. Essas falas parecem ser significativas, sobretudo se alinhavarmos com a situação de que esses entrevistados registraram que não sabem/souberam precisar qualitativamente a melhora das deliberações nos conselhos e em atos de participação comunitária, precisando de mais tempo e mais elementos para esse diagnóstico. Tanto eles, como nós.

<sup>101</sup> Na entrevista, Katia Souto – Diretora e Coordenadora da DAGEP/SGEP à época da execução do PoloSUS - afirma que o Ministério da Saúde, através da DAGEP, possui relatório avaliativo sobre o Projeto, que, até sua saída em maio de 2016, estava no Portal de Transparência. Buscamos esse relatório e não foi possível encontrá-lo no portal. Enviamos e-mail à SGEP requerendo o relatório, mas não obtivemos resposta. Em relação à avaliação do Ministério da Saúde, contamos com as narrativas tanto de Katia Souto, quanto de Fernando Elioterio, que, como já registramos, fez a ponte entre o Ministério da Saúde e a UFJF, tendo sido um dos técnicos que acompanhou o Projeto, como representante do MS.

inclusive, a gestão da coordenação e a desenvoltura da comunicação por parte do PoloSUS. Fernando Eliotério chamou a atenção para o fato de o PoloSUS ter vencido, com maestria, a burocracia e a coragem de encarar a envergadura de tratar sobre controle social e participação no SUS com diversos grupos, em diferentes regiões.

Além disso, Katia chamou a atenção ainda para a eficácia da parceria, sobretudo pela possibilidade do PoloSUS ter produzido diagnósticos e capacitações tendo como bases as realidades locais e ter conseguido atingir alguns dos gestores locais. Muito embora tenhamos já destacado que muitos municípios não tenham dado retorno ou tenham se mobilizado de maneira aquém do que o Projeto necessitava, conseguimos perceber nas falas dos técnicos do MS que o PoloSUS foi vitorioso “já só” por ter sido executado e ter mobilizado o número de pessoas que mobilizou, atingindo localidades das três mesorregiões, cumprindo as três etapas, sendo os diagnósticos e capacitações inteiramente cumpridos e de maneira parcial a plataforma virtual.

#### **4.5. O que não apareceu nas avaliações precedentes: ponderações sobre os desafios internos enfrentados de maneira geral pelo Projeto em relação à execução dos objetivos**

Sabemos e relembramos, contudo, que essa avaliação via formulários é a representação da foto do momento, isto é, uma avaliação que geralmente traz resultados positivos dado o envolvimento do público com o Projeto naquele instante, algo similar que acontece com os participantes de conferências de saúde, assistência social e direitos humanos, que, no calor do momento, acreditam que as propostas geradas nos grupos de trabalho serão realmente implementadas, mas que percebem aquele ânimo/contágio daquele momento arrefecer com o passar dos dias. Em outras palavras, é realmente importante que naquele momento o público tenha uma impressão positiva sobre o Projeto, entretanto, nem tudo foram flores e sucessos.

As avaliações do público muitas vezes não dão conta de apontar alguns “erros” ou dilemas enfrentados que são apenas detectados na avaliação interna da própria equipe. Por exemplo, na avaliação da Coordenadora Marta Mendes da Rocha, houve algumas falhas em relação ao comprometimento e desempenho de alguns membros da equipe técnica e de facilitadores, ainda que fosse um número menor dentre os membros, que causaram problemas de atraso e subaproveitamento de recursos. Nas exatas palavras da Coordenadora,

[n]em todos os participantes (facilitadores e equipe técnica) apresentaram o desempenho e a dedicação que esperávamos. Embora tenha sido a minoria, causou alguns problemas de atraso no desenvolvimento das atividades e entrega de produtos, na qualidade do que foi entregue e subaproveitamento de recursos (Depoimento em Entrevista com a Professora Marta Mendes da Rocha)

Vale anotar, ainda, que sobre o subaproveitamento de recursos, a Coordenadora aponta que mesmo ela e a vice-coordenadora tenham incorrido nessa situação também por conta de tempo de execução do Projeto. Na entrevista, há uma fala de autoavaliação bastante honesta em que, tratando dos dados produzidos na avaliação com os questionários, cadernos de campo, fotos, etc, afirma: “talvez tenha faltado tempo da coordenação para extrair toda a riqueza que esse material tinha para nos oferecer”. É no mesmo sentido a avaliação sobre o aproveitamento dos relatórios setoriais. Segundo a avaliação da Coordenação, os relatórios setoriais e as informações coletadas nos diagnósticos deveriam ter circulado mais, para maior discussão, com melhor exploração da riqueza do material. Como pesquisadores, também podemos afirmar que o limite de espaço possível é realmente curto para tratar de toda a extensão produzida pelo PoloSUS. Aliado ao fator tempo escasso, a questão do limite de verbas é um fator crucial, que somados, são obstáculos importantes enfrentados em projetos como esse.

Foi também desafiador para o PoloSUS a mobilização do público alvo. Como pontuamos ao longo do estudo, o número de pessoas mobilizadas já havia sido bem abaixo do esperado e o número de participantes efetivos foi ainda inferior. Conrado Pável, facilitador do projeto, considerou como avanço relevante do PoloSUS a experiência de poder articular no mesmo espaço os diversos atores que constroem o SUS, como as lideranças comunitárias, conselheiros, profissionais e gestores de saúde, o que garantiu, na visão do entrevistado, uma troca privilegiada de saberes. Contudo, Conrado Pável aponta que a baixa participação de lideranças e conselheiros, principalmente das cidades que não eram pólo, trouxe empecilhos a maior efetividade do projeto. Conrado opina que essa baixa participação tem muito que ver com o dilema das distâncias entre as cidades e disponibilidade de tempo dos participantes, bem como as dificuldades de provimento de condições de acesso por parte das secretárias de saúde. Alvaro da Cunha, outro membro da equipe executora, aponta como uma das dificuldades de realização do projeto o próprio desânimo ou/e desinteresse de alguns participantes como fatores que geravam desmotivação em alguns momentos, fato que acabava implicando na melhor eficiência das dinâmicas.

Algumas causas foram apontadas: pouco engajamento dos parceiros locais para auxiliar na mobilização, incentivos restritos ou mesmo inexistentes para o transporte e estadia

dos participantes chegarem ou/e permanecerem nas cidades-polo (apontamento recorrente, que apareceu nas falas das coordenadoras e de membros da equipe, como na fala de Hugo Quintela) e pouca “tradição” de realização e participação em projetos como o PoloSUS. Ainda assim, internamente, sobre a mobilização dos grupos minoritários, a equipe do PoloSUS aponta que faltou maior sistematização nessa abordagem para gerar maior participação e conseguir realizar com maior eficácia a agenda da SGEF sobre esses grupos. Muito embora, e de maneira eficiente, os temas sobre iniquidades em saúde desses grupos tenham sido colocados na agenda através das capacitações e nos diagnósticos, até com participação de algumas lideranças dos grupos como registramos, a Coordenadora Marta Mendes aponta que

existem as políticas setoriais da SGEF para cada uma das minorias. Para cada uma eles têm cartilhas informativas. Há objetivos e metas estipuladas para cada um desses grupos. No caso do PoloSUS, houve avanços e limites. Poderíamos ter mobilizado outras estratégias para chegar até esses públicos (população cigana, em situação de rua, população do campo e da floresta, LGBT e população negra) e ativá-los pra participar das atividades do projeto. As nossas ações foram pouco sistemáticas. O ideal teria sido fazer um levantamento bem sistemático e intenso de associações, grupos comunitários, coletivos, ONGs, voltados para esses públicos. Assim poderíamos ter conseguido mobilizar mais pessoas.

Declaração similar sobre o não aproveitamento de todas as nuances e dados sobre os grupos aparecem no trabalho da Vice-Coordenadora Cristina Dias (SILVA, 2017) em que narra seu encontro com um dos líderes do povo cigano, que participou dos encontros em Juiz de Fora. A Professora Cristina Dias registra em seu artigo o seguinte momento:

Tudo ficou mais complicado quando os ciganos, único grupo etnicamente diferenciado que estava presente nos objetivos do projeto, ingressou na proposta. Lembro que fui chamada para realizar uma entrevista com uma das lideranças para capturar as suas especificidades e quem sabe repassar um pouco de sua lógica cultural aos participantes dos módulos. A conversa foi, para mim, especialmente reveladora dessas tensões (...). Primeiro, o deslocamento do Sr. Carlos de Belo Horizonte para Juiz de Fora contou com numerosas negociações do tipo “se os ciganos vão entrar será em nossos termos” ou, ainda, “queremos que nossa liderança seja remunerada” e, por fim, “nossa lista de contatos nos pertence, essa informação não pode ser profanada pelo projeto, nosso sentido de comunidade não será desmantelado em nome dos módulos e da noção de população, que não nos representa”. Foi nesse clima que ele me explicou sobre um dos assentamentos de ciganos na região metropolitana de Belo Horizonte, recém-adquirido. Várias famílias ciganas conquistaram o direito à moradia. Carlos me olhava com determinação ao falar desta importante conquista de direitos sociais para os ciganos, entretanto, seu olhar também era de ironia e cansaço ao dar-se conta de que a sedentarização dos ciganos é uma violência. Deu como exemplo sua mãe, que conseguiu uma das casas em BH, estava satisfeita, mas montara sua tenda do lado de fora das paredes da casa, por que, afinal, como essas pessoas conseguiam viver sem

o vento na cara? O vento era uma categoria absolutamente imponderável e insuspeitada.

E como eu, antropóloga, explico aos colegas da ciência política que o vento é uma categoria cuja abstração remete aos mais caros princípios de uma teoria política estrangeira, autóctone? Veja, o problema não era explicar a beleza do desencontro, isso estava garantida no meu espaço de fala como coordenadora, mas fazer valer os princípios do vento, fazer valer a alteridade como agência, e não como paciente do processo de expandir a democracia brasileira através da educação em saúde.

Não preciso dizer que essa preciosa reflexão de Carlos não se expandiu. Os módulos deram conta apenas de descrever as principais dificuldades ao atender cada uma das populações “específicas” do projeto, mas não a ponto de descartar os módulos e nem de deixar que essas lideranças pudessem interferir nos próprios objetivos do projeto, na medida em que este avançava. No caso dos ciganos, a falta de documentos era o ápice da falência das estratégias cotidianas dos profissionais de saúde para “lidar com eles”. Os ciganos jamais couberam nos módulos e nem os outros, na verdade, população de rua, população negra, população do campo e da floresta e LGBTT não contavam com representantes no mesmo sentido encarnado que o do Sr. Carlos. Eram abstrações representativas da população brasileira de Minas Gerais. Eram dados do IBGE.

Nada obstante, a abrangência do projeto é um ponto que aparece como orgulho e desafio nas entrevistas. Todos os entrevistados afirmam que o projeto em si já foi um sucesso por ter conseguido pensar diagnósticos e capacitações para um número expressivo de pessoas que vinham de um número também expressivo de municípios. Porém, alguns apontamentos, como, por exemplo, de Alvaro Cunha, dão conta da dificuldade em relação à distância entre as cidades, com viagens longas também para a equipe, com horários de ônibus “complicados” tornavam os trajetos ainda mais cansativos, segundo Alvaro.

#### **4.6. Finalizado o Projeto, o que ficou por fazer? – uma vez mais o projetismo.**

Findos os diagnósticos e finalizadas as capacitações, o Projeto passaria para a construção da Plataforma Virtual ou, em verdade, a continuação da alimentação dos dados do *site* que já fora criado durante a execução do Projeto, que funcionou, inclusive, como forma de divulgação das atividades do próprio Projeto. Nesta última seção do estudo de caso, buscaremos registrar as falas e impressões da Equipe e dos Técnicos do Ministério da Saúde sobre a imaginada vontade – declarada, inclusive – de continuação do PoloSUS, apontando as dificuldades enfrentadas durante a execução do Projeto, bem como para a sequência do PoloSUS e os motivos afirmados pelos atores que, de maneira geral, são concordantes sobre a presente interrupção/suspensão das atividades.

De início, ficou por ser efetivada a rede colaborativa para manutenção da troca de informações e permanente contato com as lideranças sociais dos segmentos abrangidos pelo projeto. A criação da Plataforma Virtual – terceira etapa do Projeto – possuía este objetivo

como vetor principal. Segundo informações da Coordenação, a Plataforma seria um canal de comunicação constante, um instrumento para a realização de capacitações, divulgação de informações, promoção de debates, etc. Isso, nada obstante, dependeria da renovação do termo de cooperação e de novo aporte de recursos que possibilitassem a continuidade do projeto, com pessoas dedicadas ao projeto. Marta Mendes pontuou que “esta não se deu, acredito que em função de restrições orçamentárias no órgão responsável (SGEP-MS) e, possivelmente, devido a uma mudança de prioridades resultante da mudança de governo”.

No mesmo sentido, José Augusto se manifesta sobre a incompletude do projeto, sobretudo em relação à alimentação do plataforma, nos seguintes termos:

Veja bem, logo após a gente estar naquele processo de finalização, houve uma mudança drástica no Ministério da Saúde e na própria Diretoria de Gestão Participativa, com troca de pessoas, troca de Ministro. E o que acontece? Nós precisamos, ainda perceber, do Ministério da Saúde, o interesse em dar continuidade a esse processo. Então, eu acredito que vai depender muito do Ministério da Saúde em responder aos nossos relatórios.

Recentemente, nós apresentamos os relatórios finais. Então, esperamos que o Ministério da Saúde perceba, analisando os relatórios, que o potencial do projeto PoloSUS vai além de uma experiência primeira, precisa de novos enlaces para que ele possa ter uma sequência razoável de continuidade. Porque a plataforma ser alimentada é uma coisa. Mas a plataforma alimentada e estimulando novos encontros é outra coisa. E isso só pode fazer com recursos públicos, pois é preciso de pessoas que viajem até essas cidades, esses pólos. Ou seja, é um universo muito grande, de modo que é humanamente impossível fazer isso com uma equipe pequena e é tecnicamente e financeiramente impossível que uma universidade faça com seus recursos próprios, ainda mais nessa situação atual.

Nesse sentido, como apontou a Vice-Coordenadora Cristina Dias, o dilema desse projeto “é o de todo projeto que se constitui como política pública, não há espaço para refazer ou mudar de idéias, mas adaptações são sempre esperadas”; e continuou sobre a já apontada dificuldade com os trâmites burocráticos: “além do que o uso dos recursos por dentro dos mecanismos burocráticos governamentais é um problema em si mesmo que toca, a meu ver, no problema da confiança institucional e interpessoal”. Essa fala tem muito que ver com a dependência quase que completa dos humores dos detentores do monopólio da burocracia governamental da ocasião, ao não serem renovados os pactos ou não continuados os serviços, a população ou grupos envolvidos vão perdendo a confiança nessas intervenções pontuais, gerando sucessiva e acumulada desconfiança sobre projetos apoiadores de políticas públicas, como esses relacionados a participação popular e controle social<sup>102</sup>.

---

<sup>102</sup> A Professora Cristina Dias voltou a observar isso nos debates da qualificação dessa dissertação. Agradeço pelo ponto.

Esse apontamento aparece com maior força a partir das declarações dos técnicos do Ministério da Saúde que acompanharam o projeto e, com a mudança de governo nacional com o impeachment da Presidenta Dilma Roussef, se encontram atualmente fora da burocracia governamental. Fernando Eliotério traz essa perspectiva em nossa entrevista:

Essa iniciativa com a Universidade Federal Juiz de Fora foi muito bem aceita [no Ministério da Saúde] pela forma como ela foi elaborada, nos moldes em que foi elaborada, era um projeto promissor, que deveria ter continuidade. Mas, infelizmente, nós tivemos nesse período o “golpe”, que acabou interrompendo essa possibilidade de continuidade desse projeto. A idéia é que ele teria continuidade. Seria um processo contínuo, que pudesse dar conta de outras pautas. Esse projeto teve um foco muito voltado para a questão orçamentária, até pela agenda que eu ajudei a propor. Mas, futuramente, trabalharia outras pautas.

O fato de não existir uma sequência e a manutenção perene da rede colaborativa impede também que haja melhor visualização sobre os efeitos, se é que existem, das capacitações na atuação do público alvo – se é que também atuaram – em relação ao controle social e à participação popular no SUS. Nas palavras precisas de Jessica, bolsista, um bom resumo da questão: “[compreendo como] dilema: o tempo de desenvolvimento do projeto não compreender um período que permitisse avaliar o impacto prático que as capacitações produziram.”

É novamente o projetismo aparecendo, isto é, a noção de que o fato de existir um início, meio e fim do projeto que busca ilustrar a política basta. Ana Carolina Pareschi (2002, p. 103) diria que: “a ênfase na “mudança” implícita na noção de “projeto” – especialmente aqueles projetos que visam a transformação da sociedade a longo prazo – contrasta com as limitações operacionais e estruturais (inclusive das relações de poder) destes mesmos projetos”.

A continuidade do projeto era querida pelo Ministério da Saúde à época até pela noção que os técnicos tinham sobre as mudanças em relação ao controle social, as normatizações que são constantemente atualizadas e mesmo as composições dos conselhos nos mais diferentes níveis federativos. Nas palavras de Fernando Eliotério:

A questão da qualificação do controle social era muito importante naquela época [elaboração e execução do PoloSUS]. O controle social não muda tanto quanto deveria, mas muda. Então, às vezes, você tem conselheiros, hoje, que amanhã podem não ser os mesmos. Há uma composição que “gira”. Então, é preciso que a qualificação seja permanente.

Até porque a legislação muda. Tivemos mudanças importantes (...) que esse governo “golpista”, por exemplo, tem rasgado essas normas. As normativas sofrem muito. É preciso sempre atualizar. Para isso, é importante que se tenha projetos, iniciativas, cursos. Então, o PoloSUS foi um projeto muito interessante. Entendo que tendo o

retorno de governos progressistas, populares, poderemos pensar na retomada do PoloSUS ou em projetos similares, com base no que foi feito, na execução do PoloSUS. Inclusive projetos mais audaciosos, mais arrojados.

#### **4.7. Avanços conquistados**

A vinculação da UFJF a um projeto de extensão, pesquisa e inovação tecnológica é algo a ser comemorado. Por exemplo, Jessica, bolsista, aponta como um fator facilitador da execução essa condição da expertise da universidade pública ter sido colocada a favor de um projeto de capacitação em controle social e participação popular no âmbito do SUS.

A realização do objetivo de articular, nos mesmos ambientes, diversos segmentos, profissionais, lideranças sociais, grupos e pessoas relacionadas ao SUS para discutir a iniquidade no acesso e na fruição do direito à saúde é um avanço que deve ser comemorado. Colocar o tema das iniquidades e injustiças na agenda é algo digno de registro.

Apesar de todos os obstáculos, dentro da UFJF o sentimento é de uma experiência bem sucedida e vitoriosa. José Augusto avalia que a equipe deu conta do objeto do convênio com o Ministério da Saúde de maneira muito satisfatória: “conseguiu construir uma rede (que não existia), ela conseguiu estabelecer contato com essa rede, gerar confiança recíproca dessas pessoas com a universidade, conseguiu implantar na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pró-Reitoria de Extensão um modelo satisfatório de inovação tecnológica”. Além de conseguir construir um produto com potencial de aplicação: a plataforma virtual.

Fernando Elioterio apontou que um dos avanços foi também colocar na agenda o debate sobre orçamento e alocação de recursos. Em sua fala, registrou: “ninguém quer discutir orçamento, todo mundo quer discutir problema. O dia que o cidadão aprender a discutir o orçamentário e financeiro, você passa a ter poder”.

#### **4.8. Conclusões do capítulo**

O quarto capítulo teve como grande objetivo prosseguir com o estudo de caso iniciado no capítulo anterior. Sobretudo, coube ao quarto capítulo registrar e analisar as fases de implementação e avaliação, bem como as perspectivas sobre continuidade e as valorações sobre o que ficou por fazer e os avanços conquistados pelo PoloSUS.

De início, recuperamos o conteúdo das capacitações, a partir da decisão da coordenação de manter o modelo de módulos como a maneira de executar a educação em

saúde. Apresentamos, até de maneira alongada, quais foram os assuntos e pontos tratados, para demonstrar que a escolha dos assuntos teve conexão com os objetivos iniciais do projeto, o que foi confirmado pela avaliação dos próprios participantes.

Recuperamos os dados das avaliações por parte dos participantes, equipe executora e Ministério da Saúde. Os três vetores apontam para o sucesso do projeto. Nada obstante, tivemos a oportunidade de capturar também as falhas, fracassos e mudanças de rota. Tudo isso gera aprendizado para projetos vindouros ou quiçá a continuidade do PoloSUS. Sobre o ponto, apontamos que a noção de projetismo, cunhado por Ana Carolina Pareschi (2002), se apresenta não só na materialização do projeto, mas também nas suas condições de existência e continuidade. Se no capítulo 3 apontamos a existência de um pacto ou agenda estatal para a participação e controle social, no capítulo 4 foi possível perceber que os incentivos à execução/implementação dessa agenda e a intensificação desse incentivos dependem dos humores e rumos do governo de ocasião, o que contribui para a instabilidade e pouca certeza do prosseguimento das políticas iniciadas.

Vimos que os desafios de mobilizar o público-alvo que apareceram nos diagnósticos participativos também se fizeram presentes nas capacitações, inclusive com barreiras impostas pelos próprios municípios. Ainda assim, a mobilização ocorreu, com a superação da meta inicial em relação às pessoas capacitadas. A equipe se desdobrou entre hotéis e horários de ônibus complicados para que tudo isso fosse possível.

Pontuados, ainda, que a questão do tempo de execução e incessante preocupação com a materialização e desempenho do ‘realizar’ o projeto contribuíram para a difícil inserção dos dados coletados no diagnóstico quando das capacitações. O próprio relacionamento com os grupos vulneráveis sofreu esse abalo em razão do tempo e espaço de organização e execução do PoloSUS, situação que fica bem colocada com o trecho que citamos do trabalho da Professora Cristina Dias.

Tratamos também dos avanços conquistados pelo projeto, sobretudo pela congregação do saber acadêmico às perspectivas dos saberes e vivências populares. A proposição da agenda dos grupos vulneráveis tratados pelo projeto para debate e considerações do público participante também aparece como importante conquista, assim como o debate sobre descentralização, recursos, responsabilidades e constituição de redes. Ao fim e ao cabo, a participação que aparecia como resultado, aparece como processo no ato de realização do PoloSUS. A partir disso, partimos, agora, para as considerações finais da pesquisa

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como objeto de estudo de caso o Polo Institucional de Fortalecimento da Gestão Participativa do Sistema Único de Saúde, que se transforma, por razões práticas, no “PoloSUS”. Um projeto arquitetado para auxiliar no aumento do índice da democracia brasileira através da educação popular em saúde.

O Projeto foi elaborado a partir da Escola de Cidadania e Governo, projeto já de extensão da Universidade Federal de Juiz de Fora que busca capacitar lideranças sociais e a sociedade civil para tomar frente, de maneira informada e participativa, nas deliberações políticas no âmbito dos três poderes da república, possibilitando falar que se tratou de um projeto dentro de outro projeto. A Escola de Cidadania e Governo/UFJF propõe o projeto perante as necessidades do Ministério da Saúde, obtendo apoio técnico pela SGEP/DAGEP e financeiro pelo Fundo Nacional de Saúde, sendo executado entre 2013 a 2016.

Os objetivos iniciais do PoloSUS foram produzir aumento da participação popular na saúde pública (objetivo geral), abranger, ao todo, 280 municípios de três regiões do Estado de Minas Gerais: Zona da Mata, Campos das Vertentes e Vale do Rio Doce. Do ponto de vista científico e tecnológico (voltado para o social), o PoloSUS buscou produzir mais conhecimentos em relação a conceitos fundamentais sobre associação, saúde e democracia, como a saúde com direito de cidadania, instrumentos de participação, orçamento, recursos descentralizados, responsabilidades federativas, conselhos de políticas públicas, funcionamento em rede, dentre outros. Também objetivou a conexão, pela ótica da extensão universitária, entre a Universidade Federal de Juiz de Fora e a população do entorno e, com fulcro na idéia de equidade em saúde, almejou cumprir a agenda da SGEP em relação a grupos socialmente considerados em vulnerabilidade: população negra, população em situação de rua, população LGBTT, população do campo e da floresta e população cigana.

O projeto ainda que proposto originalmente pela EGC, através do servidor José Augusto, foi coordenado pelas Professoras Marta Mendes da Rocha e Cristina Dias da Silva, respectivamente, cientista política e antropóloga. A equipe contou com mais de trinta pessoas dentre bolsistas de doutorado, mestrado, graduação e pesquisadores que elaboraram relatórios setoriais das três regiões abarcadas pelo projeto em relação aos grupos sociais citados. O projeto foi delineado para ser executado em três etapas: diagnósticos (coleta de dados e diagnóstico participativo), capacitações e construção da plataforma virtual.

Os 280 municípios foram subdivididos em 17 microrregiões que contavam com seus respectivos municípios-polo, escolhidos com base nos critérios do IBGE e em concretudes como estrutura e melhores facilidades para deslocamento e comunicação das pessoas participantes. Nesses 17 municípios-polo aconteceram o diagnóstico participativo e as capacitações.

Os capítulos tentaram dar conta do objeto de pesquisa e suas questões. No primeiro, houve a apresentação do objeto de pesquisa e caminhos metodológicos que percorreríamos, com o modelo teórico, dimensões de análise, problemas e hipóteses. O segundo cuidou de emoldurar o contexto institucional em que o projeto é desenvolvido, sobretudo com a apresentação do desenho institucional provido pela Constituição Federal e as leis 8080 e 8142, ambas de 1990. Os terceiro e quarto capítulos são dedicados ao estudo de caso propriamente dito, apresentando a sedimentação da agenda de participação e controle social, a formulação do poloSUS, tomadas de decisão, avaliação e os avanços conquistados, eventuais fracassos, o que ficou por fazer e eventuais aprendizagens.

Tendo em conta um objeto de tamanha envergadura e nuances, elegemos, já no primeiro capítulo, o modelo teórico do ciclo de políticas públicas, com suas fases de agenda, formulação, tomadas de decisão, implementação e avaliação, como instrumental de análise que auxiliasse a repartir o projeto PoloSUS, por acreditarmos que o projeto que ilustra a política também poderia ser repartido como se política fosse. Acreditamos que foi uma decisão metodologicamente acertada e, a partir desse método, pudemos fazer o estudo de caso tendo em mente as cinco dimensões que elegemos, como a origem da parceria, o desenvolvimento do projeto, levantamento sobre os desafios da gestão e implementação do projeto, a avaliação do projeto e os feitos conquistados e o que ficou por fazer.

Por conseguinte, a partir da modelagem teórica e das dimensões de análise, conseguimos ter algumas conclusões e considerações. Vimos que o PoloSUS é fruto de uma parceria entre a UFJF e o Ministério da Saúde que se origina do encontro de agendas institucionais convergentes. Encontro que foi facilitado por relações políticas e interpessoais de José Augusto, à época servidor ligado à Pró-Reitoria de Extensão da UFJF, e Fernando Eliotério, à época servidor da SGEF, mas político local, que tinha o interesse de trabalhar na localidade em relação à educação em saúde, sobretudo assuntos ligados à descentralização, orçamento e recursos. Após idas e vindas burocráticas, o Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde, aporta recursos importantes, na ordem de 1 milhão de reais, que são recebidos e geridos pela UFJF, que também deu contrapartidas, muito embora tenha

exigido reestruturações pontuais no projeto. Com a coordenação da Professora Marta Mendes, o projeto, inicialmente, tipicamente de extensão passa a ser configurado como um projeto também de pesquisa e com possibilidade de inovação tecnológica de cunho social. Essa nova configuração foi celebrada tanto na UFJF e tanto quanto ou mais aos olhos do Ministério da Saúde.

Concluimos que convênios e cooperações entre o Ministério da Saúde e outras entidades, como universidades e ONGs, podem gerar frutos proveitosos como o PoloSUS, em termos de educação em saúde, com foco em participação popular e controle social. Do ponto de vista das entidades, em nosso caso, da UFJF, os ganhos são materializados pelas informações geradas e sistematizadas que podem ser utilizadas tanto pelos professores em suas pesquisas e aulas, quanto pela população do entorno; essa expertise contribui para a constante evolução das atividades universitárias. Individualmente, os professores, pesquisadores, bolsistas e alunos participantes ganham experiência em projetos de extensão e pesquisa sociais, fazendo valer as missões constitucionais em educação dadas aos centros universitários. De outro lado, o Ministério da Saúde tem a vantagem de poder contar com a expertise dos conhecimentos gerados dentro da universidade e a parceria formada nos contratos de cooperação auxiliam ao MS possuir capilaridade no território, chegando nas mais diversas localidades do país, realizando os princípios da Política de Gestão Estratégica e Participativa do SUS.

Vimos que outras parcerias nesse sentido já haviam sido firmadas pelo MS, sendo uma prática relativamente constante justamente pelas vantagens enumeradas. A UFJF, por seu turno, teve no PoloSUS um projeto pioneiro pela sua envergadura, investimento e objetivos. Até então, a Universidade Federal de Juiz de Fora não tinha tanta capilaridade no território, muito embora o índice de mobilização conseguido seja fruto de seu prestígio acadêmico nas regiões abarcadas pelo projeto.

O Ministério da Saúde usou dessa expertise e prestígio para propor uma agenda, que fora integralmente cumprida pela UFJF, nos limites que a realidade das condições do projeto permitiram. Além disso, verificamos que houve uma postura de orientação mista em relação aos comandos, isto é, não se pode falar em prevalência de uma orientação *top down* ou *bottom up* no caso do PoloSUS. A agenda e os tópicos foram propostos pelo MS, mas a UFJF teve ampla liberdade de conformar o projeto, sobretudo as estratégias de execução, às condições que se apresentavam com o avanço das dinâmicas.

Contudo, foi possível perceber que para dar conta da envergadura do projeto, foi preciso contar com uma equipe numerosa e interdisciplinar. Essa necessidade foi cumprida integralmente. É uma avaliação praticamente unânime sobre o sucesso que a equipe executora conquistou, muito embora alguns registros lamentem algum subaproveitamento de recursos e haja lamentações sobre a falta de tempo para utilizar melhor os dados coletados, sobretudo o uso da coleta de dados pelos relatórios setoriais e diagnósticos na execução das capacitações. A nota que fica como reflexão e aprendizado talvez seja a necessidade de repensar a disponibilidade dada aos professores para se dedicarem aos projetos de extensão e o peso que as agências públicas dão a esses projetos no momento de avaliar a qualidade dos programas de pós-graduação.

De maneira geral, pode-se dizer que os objetivos do projeto foram cumpridos. Como visto, a própria noção de “participação” é ressignificada a partir do avanço do projeto. Se inicialmente a idéia era que o projeto gerasse o aumento da participação popular e do controle social nos municípios abarcados, o fato das pessoas se deslocarem de suas casas, de seus municípios para participarem do evento PoloSUS, já gerava o engajamento como resultado prático, não como processo. Essa questão necessita ser registrada, dado o tamanho que o projeto tomou e, sobretudo, a impossibilidade de se obter um índice confiável sobre o tal aumento de participação nos municípios, no prazo de execução do projeto, que não teve, até o fechamento desta pesquisa, sua continuidade apoiada pelo Ministério da Saúde. Neste ponto, chegamos a trazer a noção de Ana Carolina Pareschi, para quem os projetos de políticas públicas sofrem em nosso país o fenômeno do que a autora chama de “projetismo”. O projeto se torna um fim em si mesmo, não toma como parte fundamental de si mesmo o contexto em que atuará e tão pouco as relações de poder. O estudo de caso do PoloSUS é um exemplo, ao menos para nós, claro dessa situação. O projeto em si, em determinada etapa, passa a ser o foco fundamental, disso decorre a necessidade das divulgações, registros, listas de presença, dinâmicas, avaliações, relatórios, que culminaria com a troca de governo no executivo federal e desmanche, ou, no mínimo, não continuidade dos incentivos para o projeto, situação que estava relativamente pactuada com o governo anterior.

Por conseguinte, tendo por base as conversas e entrevistas com alguns participantes, o projeto cumpre seu papel de capacitar as pessoas, que afirmam terem entendido “um pouco melhor” o SUS, muito embora todas sejam firmes em dizer que faltou tempo e que essas capacitações deveriam ser freqüentes, para “sempre lembrar de nossos direitos”. O sucesso pode ser relativamente abalado, embora não anulado, não somente pela não continuidade e

pela impossibilidade de um índice de medida da participação (possivelmente, a ressignificação da participação possa ser um ganho para a compreensão de projetos e políticas públicas que versem sobre participação popular), mas também pelo déficit de participação no projeto do público alvo, principalmente pela ausência de gestores públicos e de mais representantes dos grupos vulneráveis.

Algumas entrevistas apontam que os dados e contatos, mormente dos grupos sociais, deveriam ser melhor sistematizados antes da efetiva execução do projeto. Entretanto, fica também o aprendizado. Muito embora possamos registrar, uma vez mais, o esforço hercúleo de toda a equipe para realizar os contatos com os gestores públicos. Foram inúmeras ligações, cartazes, carta de divulgação, estratégias para formar as parcerias, etc.

A avaliação geral demonstra que o projeto foi bem sucedido. Há um orgulho geral, com razão, por parte da equipe executora, que gerou conhecimentos para a universidade, capacitação para o público e desenvolvimento de habilidades para os pesquisadores, bolsistas e demais membros da equipe. O Ministério da Saúde praticamente agradece os esforços empreendidos e toma o PoloSUS como modelo de parceria e cooperação, com os técnicos que acompanharam o projeto apontando o trabalho como “modelo” para projetos vindouros. O público alvo avaliou de forma “excelente” as execuções, com algumas declarações de que os conhecimentos apreendidos nas capacitações foram/são usadas em suas realidades, restando o registro de que algumas redes foram montadas, com grupos de *whatsapp* funcionando para a troca de informações.

De nossa parte, nessa pesquisa, apontamos que o PoloSUS traz aprendizados realmente importantes sobre como montar e gerir um projeto em política de saúde, de educação em saúde. Acreditamos que projetos de parceria e cooperação como esses são eficazes em cumprir a agenda de capacitação em participação popular e controle social no âmbito do SUS. Concluimos que é dever do Estado fomentar mais parcerias como essas e incentivar as já em andamento. Sendo também crucial que o pacto federativo preveja maneiras de incentivar que os municípios participem mais ativamente de projetos como esses, facilitando as condições de execução.

Nossos apontamentos críticos ficam em relação à necessidade de maior fluidez na burocracia, maior aporte de recursos – principalmente, manutenção de recursos para alimentação constante das plataformas virtuais -, e revisão da legislação universitária para que os professores possam contribuir mais frequentemente com projetos de extensão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACURCIO, Francisco de Assis. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**, 2000. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0243.pdf>. Acesso em 28 de janeiro de 2018

ARRETCHE, Marta. **Mitos da Descentralização: Mais Democracia e Eficiência nas Políticas Públicas**. Revista Brasileira de Ciências Sociais. ANPOCS, n.31, 1996, p. 44-66. Disponível em: [http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs\\_00\\_31/rbcs31\\_03.htm](http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_03.htm). Acesso em 20 de janeiro de 2018

AVRITZER, Leonardo. Reforma Política e Participação no Brasil. In: AVRITZER, Leonardo; ANASTASIA, Fatima (orgs.). **Reforma Política no Brasil**. – Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006, p. 35-43

BARROSO, Luís Roberto. **O Constitucionalismo democrático no Brasil: crônica de um sucesso imprevisto**, 2013. Disponível em: < [http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2017/09/constitucionalismo\\_democratico\\_brasil\\_cronica\\_um\\_sucesso\\_imprevisto.pdf](http://www.luisrobertobarroso.com.br/wp-content/uploads/2017/09/constitucionalismo_democratico_brasil_cronica_um_sucesso_imprevisto.pdf)>. Acesso em 26 de janeiro de 2018

BELL, J. **Como realizar um Projecto de Investigação** – Um guia para a Pesquisa em Ciências Sociais e da Educação. Gradiva, 1993

BISQUERA, R. **Métodos de Investigação Educativa: Guia Prática**. Barcelona: Ediciones CEAC S.A., 1989

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira. Nota Técnica nº10 – **A saúde no Brasil: história do Sistema Único de Saúde, arcabouço legal, organização, funcionamento, financiamento do SUS e as principais propostas de regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000**. 90p, 2011. Disponível em: < <http://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2011/nt10.pdf>>. Acesso em 12 de março de 2018

COSTA, A.M; VIEIRA, N.A. Participação e controle social em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030** – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da

República , 2013, vol. 3, p. 237-271. Disponível em: < <http://books.scielo.org>>. Acesso em 22 de janeiro de 2018

CROUCH, Colin; FARREL, Henry. Breaking the path of institutional development? Alternatives to the new determinism. **Rationality and Society**, vol. 16 (1), 2004, p. 5-43. Disponível em: < <http://www.henryfarrell.net/crouchfarrell.pdf>>. Acesso em 26 de janeiro de 2018

DINIZ, Camila Adriana Silva. A parceria entre poder público e instituições não governamentais na implementação de programas sociais: análise do programa PROJOVEM no município de Contagem – MG. In: **Anais do 4º Congresso Internacional Governo, Gestão e Profissionalização em âmbito local frente aos grandes desafios de nosso tempo**, 2013, p. 1-20. Disponível em: <http://www.fjp.mg.gov.br/index.php/docman/eventos-1/4o-congresso-internacional/eixo-4/428-4-8-format-a-parceria-entre-poder-publico-e-instituicoes-nao-governamentais-na-implementacao-de-pro/file>. Acesso em 24 de janeiro de 2018

DYE, T.R. **The policy analysis**. Alabama: The University of Alabama Press, 1976. Disponível em: <http://en.bookfi.net/>. Acesso em 28 de abril de 2017

SCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 323-394.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p.279 – 322.

SCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. Participação Social. In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p.853-884.

FARAH, Marta Ferreira Santos. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública (RAP)**, v. 35, n. 1, 2001, p.

119-144.

Disponível

em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6364/4949>. Acesso em 05 de fevereiro de 2018

FERNANDES, Bernardo Gonçalves. **Curso de Direito Constitucional**. – 8ª Ed.rev.ampl. e atual. – Salvador: JusPODIVM, 2016.

FINKELMAN, J. **Caminhos da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em 11 de fevereiro de 2018

FLACSO. **Guia do Diagnóstico Participativo**, 2015. Disponível em: < <http://flacso.org.br/files/2015/08/Guia-do-Diagnostico-Participativo.pdf>>. Acesso em 29 de janeiro de 2018

FLEURY, Sonia; OUVÉRY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 25-58.

FUKS, Mario. Definição de Agenda, Debate Público e Problemas Sociais: Uma perspectiva Argumentativa da Dinâmica do Conflito Social. **BIB**, nº 49, 2000, p. 79-94. Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/edicoes-antiores/bib-49/510-definicao-de-agenda-debate-publico-e-problemas-socais-uma-perspectiva-argumentativa-da-dinamica-do-conflito-social/file>. Acesso em 20 de janeiro de 2018

GUIDINI, Cristiane. **Abordagem histórica da evolução do Sistema de Saúde brasileiro: conquistas e desafios**, 2012, 28f. Monografia de Conclusão de Curso (Pós-Graduação Lato Sensu em Gestão de Organização Pública em Saúde – EaD) – Centro de Educação Superior Norte do RS, Universidade Federal de Santa Maria, Tio Hugo. Disponível em: < [http://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2104/Guidini\\_Cristiane.pdf?sequence=1](http://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/2104/Guidini_Cristiane.pdf?sequence=1)>. Acesso em 20 de fevereiro de 2018

GUINMARÃES, Maria do Carmo Lessa. O debate sobre a descentralização de políticas públicas: um balance bibliográfico. **Organizações & Sociedade**, vol. 9, n. 23, 2002, p. 1-17. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-92302002000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-92302002000100003). Acesso em 02 de fevereiro de 2018

HACKER, Jacob S. The historical logic of national health insurance: structure and sequence in the development of British, Canadian, and U.S. medical policy. **Studies in American Political Development**, n. 12, 1998, p. 57-130.

HALL, Peter A. Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The case of economic policymaking in Britain. **Comparative Politics**, n. 3, vol. 25, 1993, p. 275-296. Disponível em: < <https://www.jstor.org>>. Acesso em 12 de fevereiro de 2018

HAM, Cristopher; HILL Michael. **The policy process in the modern capitalist state**. Londres, 1993. Disponível em: <http://en.bookfi.net>. Acesso em 28 de abril de 2017

HECLO, H. Hugh. Review Article: Policy Analysis. **British Journal of Political Science**, vol. 2, issue 1, january, 1972, p. 83-108. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/british-journal-of-political-science/article/review-article-policy-analysis/134F41132323AA694EE8436AD4D5B915>. Acesso em 10 de outubro de 2017

IMMERGUT, E. M. As regras do jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 30(11), p. 139-163, 1996. Disponível em: [http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs\\_00\\_30/rbcs30\\_13.htm](http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_30/rbcs30_13.htm) . Acesso em 04 de fevereiro de 2018

JORGE, Márjore Serena; VENTURA, Carla Arena. Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa. **Textos & Contextos**, v.11, n.1, 2012, p. 106-115

KAWASAKI, Clarice Sumi. Universidades Públicas e Sociedade: uma parceria necessária. **Revista da Faculdade de Educação**, vol.23, n.1-2, 1997. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-25551997000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-25551997000100013)>. Acesso de 11 de fevereiro de 2018

KINGDON, J. Agendas, **Alternatives and Public Choices**. Boston: Little Brown, 2014. Disponível em: <http://en.booki.net>. Acesso em 30 de maio de 2017

LOPEZ, Felix Garcia; ABREU, Rafael. **A participação das ONGs nas Políticas Públicas: o ponto de vista de gestores federais**. Texto para discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Rio de Janeiro: Ipea, 2014. Disponível em:

[http://www.participa.br/articles/0008/5677/ponto\\_de\\_vista\\_dos\\_gestores\\_federais.pdf](http://www.participa.br/articles/0008/5677/ponto_de_vista_dos_gestores_federais.pdf).

Acesso em 12 de janeiro de 2018

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de Direito constitucional**. – 12ª ed.rev e atual. – São Paulo: Saraiva, 2017

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias**. Rio de Janeiro: Editoria FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/tr7y8/pdf/menicucci-9788575413562.pdf>. Acesso em 05 de janeiro de 2018

MUSGRAVE, Richard A. **A Multiply Theory of Budget Determination**. **FinanzArch. Public Finance Analysis**, New Series, Bd. 17, H. 3, 1956/1957, p. 333-343. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B88tovXt3I7UZjJyWTZFYURfdGc/view>>. Acesso em 12 de setembro de 2018

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 365 – 394.

OEI. Organización de Estados Iberoamericanos. **Metodología de Análise de Políticas Públicas**. 2002. Disponível em: <http://www.oei.es/historico/salactsi/rdagnino1.htm>. Acesso em 20 de setembro de 2017

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, n.40, p. 73-78, 2006

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 18 de janeiro de 2018

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. História, Ciência, Saúde, v. 21, n.1, 2014, p. 15-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>>. Acesso em 13 de janeiro de 2018

PAPADÓPULOS, Jorge. Da cidadania regulada à universalização: a política de assistência social brasileira como paradigma emergente de política social de inclusão. **Revista de Administração Pública**, n. 39, vol. 3, p. 575-594, 2005. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6779/5361>. Acesso em 02 de fevereiro de 2018

PARESCHI, A.C.C. **Desenvolvimento sustentável e pequenos projetos**: Entre o projetismo, a ideologia e as dinâmicas sociais . (Tese) Doutorado em Antropologia. Brasília: Departamento de Antropologia/UNB, 2002

PEREZ, Olívia Cristina. **ONGs e governo**: Um estudo sobre as organizações não-governamentais que trabalham com meninos(as) de rua no centro de São Paulo e as relações com a administração pública municipal. 2005. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Departamento de Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

POGREBINSCHI, Thamy; SANTOS, Fabiano. Participação como representação: o impacto das Conferências Nacionais de Políticas Públicas no Congresso Nacional. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, vol. 54, n. 3, 2011, p. 259 a 305. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/262480820\\_Participacao\\_como\\_Representacao\\_O\\_Impacto\\_das\\_Conferencias\\_Nacionais\\_de\\_Politicas\\_Publicas\\_no\\_Congresso\\_Nacional](https://www.researchgate.net/publication/262480820_Participacao_como_Representacao_O_Impacto_das_Conferencias_Nacionais_de_Politicas_Publicas_no_Congresso_Nacional).

Acesso em 27 de janeiro de 2018

QUEVEDO, André Luis Alves de; BAGATTINI, Carme Luisa Teixeira; BELLINI, Maria Isabel Barros; MACHADO, Rebel Zambrano; GUARANHA, Camila. Determinantes e condicionantes sociais: formas de utilização nos planos nacional e estaduais de saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v.15, n. 3, 2017, p. 823-842. Disponível em: <[http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/1981-7746-sol00085&pid=S1981-77462017000300823&pdf\\_path=tes/v15n3/1678-1007-tes-15-03-0823.pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/1981-7746-sol00085&pid=S1981-77462017000300823&pdf_path=tes/v15n3/1678-1007-tes-15-03-0823.pdf&lang=pt)>. Acesso em 12 de fevereiro de 2018

RESENDE, Grazielle Andrade; TEODÓSIO, Armindo dos Santos de Sousa. Descentralização e Democratização de Políticas Sociais: Venturas e Desventuras da Sociedade Civil Organizada no Brasil. In: **Anais XXXII Encontro da ANPAD**, 2008, p. 1-12. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/APS-A1757.pdf>. Acesso em 05 de fevereiro de 2018

RIBEIRO, José Mendes. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, vol.13, n.1, 1997, p. 81-92. Disponível em: <  
[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v13n1/0226.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v13n1/0226.pdf)>. Acesso em 15 de janeiro de 2018

ROCHA, Carlos Vasconcelos. **Neoinstitucionalismo como modelo de análise para as Políticas Públicas**. **Civitas**, 2005, p. 11-28. Disponível em: <  
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/32/6998>>. Acesso em 02 de maio de 2018

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, vol. 37, n. 96, 2013, p. 139-147. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>>. Acesso em 21 de janeiro de 2018

SALIBA, Nemre Adas; MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; FERREIRA, Nelly Foster; CUSTÓDIO, Lia Borges de Mattos. Conselhos de Saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública**, vol. 43, n. 6, 2009. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n6/07.pdf>>. Acesso em 20 de janeiro de 2018

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. – Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1979

SECHHI, Leonardo; ITO, Letícia Elena. *Think tanks* e Universidades no Brasil: análise das relações na produção de conhecimento em política pública. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, n.46, 2016. Disponível em: <  
[http://www.ipea.gov.br/observatorio/images/ppp\\_n46\\_art12.pdf](http://www.ipea.gov.br/observatorio/images/ppp_n46_art12.pdf)>. Acesso em 30 de maio de 2017

SHIMIZU, Helena Eri; PEREIRA, Marcio Florentino; CARDOSO, Antônio José Costa; BERMUDEZ, Ximena Pamela Claudia Dias. Representações sociais dos conselhos municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 8, 2013. p. 2275-2284. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n8/2275-2284/pt>. Acesso em 26 de janeiro de 2018

SILVA, Cristina Dias da. **Questões de Antropologia e participação em projeto de saúde**. Apresentação no V Congresso da ALA. Bogota: 2017, mimeografado.

SILVA, Helena Marinho da. **A Política Pública de Saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS**, 1996. 123f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/8657/000076050.pdf>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2018

SILVA, Vanessa Costa e; BARBOSA, Pedro Ribeiro; HORTALE, Virgínia Alonso. Parcerias na saúde: as Organizações Sociais como limites e possibilidades na gerência da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016, v. 21, n. 5, pp. 1365-1376. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.23912015>. Acesso em 05 de março de 2018

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate**, v. 40, n. 108, 2016, p. 204-218. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00204.pdf>>. Acesso em 15 de janeiro de 2018

SOUZA NETO, Cláudio Pereira de; SARMENTO, Daniel. **Direito Constitucional: teoria, história e métodos de trabalho**. Belo Horizonte: Fórum, 2012

SPEDO, Sandra Maria, TANAKA, Oswaldo Yoshimi, PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva. O desafio da descentralização no Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 25, n. 8, 2009, p. 1781 – 1790. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/14.pdf>. Acesso em 18 de janeiro de 2018

STEFANI, Maria Teresa; JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. Redes e Parcerias – Uma reflexão sobre a relação entre o governo municipal e uma organização não governamental. **Revista NAU Social**, vol. 3, n. 5, 2013, p. 157-174. Disponível em: <http://www.periodicos.adm.ufba.br/index.php/rs/article/viewFile/228/202>. Acesso em 5 de janeiro de 2018

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de Políticas Públicas. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos

Costa et al. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012, p. 59-88.

WAGNER, Gastão. **Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil**. Texto disponibilizado pelo ENAP, 2005. Disponível em: [http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fDescentralizacao\\_do\\_sus.pdf](http://antigo.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fDescentralizacao_do_sus.pdf). Acesso em 25 de janeiro de 2018

WILDAVSKY, A. **Speaking truth to Power: the art and craft of policy analysis**. Boston, 1979. Disponível em: <http://en.bookfi.net>, Acesso em 07 de junho de 2018