

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL

EGLÊ ÂNGELA RONSONI

DIÁLOGOS ENTRE A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE E O
CONTROLE SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA – COVID-19

PORTO ALEGRE

2022

EGLÊ ÂNGELA RONSONI

DIÁLOGOS ENTRE A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE E O CONTROLE
SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA – COVID-19

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestra no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora Professora
Carmen Lucia Bezerra Machado.

PORTO ALEGRE

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Ronsoni, Eglê Ângela

DIÁLOGOS ENTRE A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE E O
CONTROLE SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA - COVID-19 /
Eglê Ângela Ronsoni. -- 2022.

93 f.

Orientadora: Carmen Lucia Bezerra Machado.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina,
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto
Alegre, BR-RS, 2022.

1. SUS. 2. Saúde coletiva. 3. Controle Social na
Saúde. 4. Conselho de Saúde. 5. Educação em Saúde. I.
Bezerra Machado, Carmen Lucia, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

EGLÊ ÂNGELA RONSONI

DIÁLOGOS ENTRE A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE E O CONTROLE
SOCIAL EM TEMPOS DE PANDEMIA – COVID-19

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestra no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: 15 de agosto de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Carmen Lucia Bezerra Machado (Orientadora)

Fabiana Schneider Pires (UFRGS)

Rafael Arenhaldt (UFRGS)

Solon Eduardo Annes Viola (Unisinos)

AGRADECIMENTOS

À educação pública e, em especial, à orientadora educadora Carmen. Materializo meu agradecimento a ela por meio desta singela música: [Anhelando Iruya – Perotá Chingó | ELEFANTE SESSIONS](#)

RESUMO

O presente trabalho se desenvolveu com base na atuação profissional junto ao Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), dando foco à atividade complementar de controle social na saúde – eixo transversal e obrigatório para a formação em residência, e ao diálogo com o controle social nos conselhos de saúde, após fevereiro de 2020. O estudo teve como proposição fazer uma análise a partir do diálogo da residência com o controle social na saúde, mostrou-se relevante ao demonstrar a importância do debate qualificado deste tema dentro dos espaços disponíveis para a formação de profissionais de saúde, dado que podem contribuir para o fortalecimento do SUS. Seu objetivo foi compreender o processo de ensino na saúde no eixo obrigatório – Horas Complementares de Controle Social – HCCS, qualificando-o, ao identificar o papel dos Conselhos de Saúde e as ações dos diversos representantes dos usuários do SUS nas plenárias *online* e publicizadas na internet de Conselhos de Saúde, no contexto de aprendizagens na pandemia Covid-19. Para isso, teve como delineamento o método dialógico, a tipificação de estudo de caso de abordagem qualitativa e de caráter exploratório, segundo Yin (2001). Os dados foram obtidos a partir da análise dos relatórios produzidos pelos residentes egressos sobre as plenárias ocorridas entre fevereiro de 2020 e dezembro de 2020 e daqueles autores que disponibilizaram os relatórios, para tal fez uso da técnica *snowball*. A análise do conteúdo, segundo Bardin (1977), parte de categorias, que neste trabalho foram: Controle Social, Conselhos de Políticas Públicas, Conselhos de Saúde, Participação Social no Sistema Único de Saúde, atividade educativa para o ensino, Diálogo como prática de ensino aprendizagem, plenárias *online*. **Resultados obtidos:** reafirmação da importância da efetiva participação popular na saúde, participações sociais no campo da saúde e seu diálogo com a RIS, controle social, bem como o auxílio prestado na compreensão dos processos de ensinagem. A estruturação, organização e promoção da elaboração de material pedagógico para o plano de ensino do eixo de controle social do Programa de Residência Integrada em Saúde, produto desejado pelo PPGEnSau – Mestrado Profissional e galgado neste trabalho.

Palavras-chave: SUS, Saúde coletiva, Controle Social na Saúde, Conselho de Saúde, Educação em Saúde.

ABSTRACT

The present work has been developed based on professional performance along with the Health Integrated Residency Program (HIR), focusing on the complementary activity of social control in health - transversal and obligatory axis for formation in residency, and at the dialogue with the social controlling at the health councils, after February 2020. The study proposed to make an analysis founded on the dialogue of residency with health social control, it showed its relevance by demonstrating the importance of the qualified debate concerning this subject within the available spaces for the capacitation of health professionals, given that they can contribute for the strengthening of SUS. Its objective was to comprehend the teaching process in health on the obligatory axis - Complementary Social Control Hours - CSCH, qualifying it by identifying the Health Councils' part and the actions of the many SUS users' representatives on the Health Councils' online plenary sessions publicized on the internet, in the context of learning during the Covid-19 pandemic. For this, the dialogical method was applied, the typification of case study of qualitative approach and exploratory character, according to Yin (2001). The data were obtained from the analysis of reports produced by the graduate residents regarding the plenary sessions that occurred between February 2020 and December 2022 and those authors whose reports were available, for such the Snowball technique was used. The analysis of the content, according to Bardin (1977), originates from categories, which in this work were: Social Control, Public Policy Councils, Health Councils, Social Participation on the Unified Health System, educative activities for teaching, dialogue as a teaching-learning practice, online plenary sessions. Results obtained: reassurance of the importance of effective popular participation in health, popular participation in the health field and its dialogue with HIR, social control, as well as the support provided in the teaching processes. The structuring, organization, and promotion of the development of pedagogical material for the teaching plan of the Health Integrated Residency Program's social control axis, product desired by the PPGEnSau - Professional Master's degree and chosen in this work.

Keywords: SUS, collective health, Social control in health, Health Council, Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E LISTA DE QUADROS

CES – Conselho Estadual de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CSs – Conselhos de Saúde

CSM – Conselho Municipal de Saúde

ESP/RS – Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul

EC – Emenda Constitucional

HCCS – Horas Complementares de Controle Social

MDC – Modelo de Distanciamento Controlado

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PP – Projeto Pedagógico

RIS – Residência Integrada em Saúde

SES/RS – Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

SUS – Sistema Único de Saúde

TAI – Termo de Aceite Institucional

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Momentos em que as perguntas foram lançadas para a produção dos relatórios após assistirem a plenária

Quadro 2 – Síntese dos Produtos elaborados

Quadro 3 – Oficina I: Conhecendo e Entendo o Controle Social no SUS

Quadro 4 – Oficina II – Explorando o controle social no SUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 – OS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	16
3.1.1 – Os Conselhos de Saúde.....	17
3.2. O MUNDO DO TRABALHO, A ESCOLA E A TRADIÇÃO DE LUTA DO OPERARIADO.....	23
3.3 – O POTENCIAL DOS CONSELHOS DE SAÚDE PARA A AFIRMAÇÃO DA DEMOCRACIA E PRESERVAÇÃO DA VIDA EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19: no diálogo com o ensino na Residência Integrada em Saúde e para uma saúde para além de capital.....	26
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	41
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	42
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA E PARTICIPANTES.....	42
4.3 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	44
4.4 RECOMENDAÇÕES SOBRE ÉTICA NA PESQUISA.....	45
5 DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	48
6 PRODUTOS TÉCNICOS.....	61
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
8 REFERÊNCIAS.....	75
9 APÊNDICES.....	81
9.1 APÊNDICE 1 – Produto 1 – Plano de ensino estruturado.....	81
9.2 APÊNDICE 2 – Produto 2: Estrutura das Oficinas.....	88
9.3 APÊNDICE 3 – Produto 3: Livro Digital interativo – Clique Aqui.....	93

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação insere-se na linha de pesquisa Processos de ensino na saúde e é resultado do projeto de Pesquisa que fez parte integrante das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, destinado à obtenção do título de mestre e deriva do campo de atuação profissional como assistente social tutora, junto ao Programa de Residência Integrada (RIS) da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP). A ESP é um Centro de Educação e Pesquisa em Saúde, vinculada à Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), e tem por missão a gestão da educação em Saúde Coletiva no Estado, desenvolvendo formação, educação permanente, pesquisa, extensão e produção de conhecimentos, que contribuam para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Dentre essas ações encontra-se o Programa de Residência Integrada (RIS) em Saúde Coletiva, o qual é conhecido por promover trabalho educativo interdisciplinar, mediante atuação em Equipes de Saúde. O processo de especialização em Residência tem duração de dois anos e forma profissionais na área da saúde fornecendo a titulação de especialistas em saúde coletiva, para as ênfases de Atenção Básica, Saúde Mental, Vigilância em Saúde e Gestão na Saúde. No cruzamento dos diferentes saberes que configuram os diversos núcleos de conhecimento das profissões (entre eles o Serviço Social), a RIS oferece importante oportunidade de debate das políticas e estratégias de organização da gestão e da atenção à saúde promovendo o desenvolvimento da autonomia dos usuários das e nas ações e serviços de saúde. A RIS acolhe a necessidade de especializar profissionais para a atuação no SUS, buscando desenvolver aprendizagens para a atenção integral à saúde.

Para o estudo e desenrolar desses debates, conta com as tutorias dos trabalhadores concursados que compõem o quadro funcional da ESP e que coordenam os eixos que compõem o curso da RIS no percurso formativo dos residentes. A atividade de tutoria no referido programa prevê atribuições, com destaque para a implementação de estratégias pedagógicas que integrem saberes e

práticas, promovendo a articulação ensino e serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no Projeto Pedagógico (PP) do programa (Projeto Pedagógico/RIS, 2014). Vale também o destaque para a participação no planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores e para o planejamento a fim de implementar, junto às equipes de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias na atenção e gestão em saúde.

Nesse sentido, no programa da RIS está previsto em um de seus eixos, a aprendizagem da diretriz de controle social na saúde, intitulado de “horas complementares de controle social” (HCCS), o qual trata da participação do residente em reuniões de Conselhos de Saúde (Csa) e demais Conselhos de Políticas Públicas, bem como da participação de residentes em oficinas organizadas pelos docentes tutores da RIS, sobre o tema. Já a análise deste contexto de participação permite identificar uma lacuna entre o saber do que se trata, do que a legislação do SUS preconiza e, a importância dada por parte desses residentes a este espaço, como prática de aprendizagem / ensino, bem como a atenção colocada pela tutoria e ou tutores responsáveis.

Diante da identificação dessa lacuna, surgiu a necessidade de reflexão acerca das práticas hegemônicas no campo da saúde, no intuito de propor outra visão do trabalho, por meio de práticas educativas que possam pensar no papel ativo do usuário para a construção da saúde e na cocriação destas políticas.

Ademais, a prática profissional como Assistente Social no Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) da ESP mostra cotidianamente que o estudo da saúde dentro da perspectiva ampliada¹ de seu conceito passa pela compreensão de que a determinação social do processo saúde-doença desenha (ou deveria) as políticas públicas de saúde e que tal percepção se faz fundamental para esta área.

Em face ao contexto da pandemia surgiu a necessidade de adaptação do referido eixo para que se torne possível o cumprimento da carga horária prática dos residentes com vistas à conclusão do processo formativo em tempo regulamentar.

1 Conceito ampliado de saúde que considere saúde e doença como um processo social que se modifica nos diversos momentos históricos e que, se relaciona com o conjunto de fatores biológicos, econômicos, culturais, políticos e sociais. Ou seja, uma concepção que represente o conjunto das relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população (Tancredi, 1998).

Em tal contexto, e impossibilitada a participação presencial considerando os decretos estaduais, as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e as recomendações do Ministério da Saúde (MS), ficou indicada a suspensão de reuniões no intuito de evitar aglomerações que potencializam o contágio por coronavírus.

Assim sendo, foi necessária a elaboração de um plano de ensino emergencial para possibilitar aos residentes o cumprimento dessa carga horária preconizada (36h/semestre) com intuito de ofertar e garantir o conhecimento da diretriz da participação social no processo formativo dos residentes. O plano teve como objetivo oportunizar o cumprimento da carga horária no eixo de Controle Social, prevista no Projeto Pedagógico da RIS e desenvolver a análise crítica do papel das instâncias de Controle Social (os CSs) no contexto da pandemia Covid-19².

No entanto, se faz necessário contextualizar o que se trata como os espaços de CSs e sua inserção como controle social. De acordo com a legislação do SUS, os espaços de controle social, como os CSs, são espaços legítimos e deliberativos.

As discussões em torno da temática do controle social ganharam corpo no Brasil a partir do processo de redemocratização iniciado nos anos 80, em especial a partir da institucionalização da participação social nas políticas públicas na Constituição Federal de 1988. O artigo 198 da Seção II da Constituição define as ações e serviços públicos de saúde como integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada constituída em um sistema único, e estabelece que esse sistema deva estar organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização; atendimento integral e **participação social**.

Em 1990, a Lei nº 8080/90 foi aprovada e dispõe sobre as condições, a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde, reafirmando a participação da comunidade como diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde – SUS, artigo 7º, inciso VIII. A institucionalização da participação social no SUS se efetiva por meio das leis orgânicas que implementaram posteriormente os Conselhos e as Conferências de Saúde. Essa participação foi concebida na

2 Informações oficiais estão disponíveis e atualizadas com frequência nos *sites*:

<<https://www.vs.saude.ms.gov.br/Geral/vigilancia-saude/vigilancia-epidemiologica/boletim-epidemiologico/covid-19/>> ; <<https://covid.saude.gov.br/>> ; <<https://www.saude.ms.gov.br/exame-covid-19/>>.

perspectiva de controle social exercido pelos setores organizados da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido de atender cada vez mais os interesses da maioria da população (criação da lei 8.142/1990).

Realizado um breve histórico e contextualização do espaço legal estudado, cabe destacar que aqui o texto se dedica à análise dos relatórios dos residentes sobre a atual conjuntura, no sentido de conhecer e reconhecer o que os trabalhadores da saúde sabem sobre a importância do controle social na saúde. Tais análises foram justificadas à medida que se torna relevante conhecer quais as leituras o trabalhador de saúde – residente – fez sobre tal conjuntura, e a partir dessa identificação se pensou e se planejou estratégias para discutir esse tema preconizado pelo ensino em residência.

Por essa razão, ao realizar o estudo desse processo participativo no contexto da referida pandemia, foi possível uma leitura ampliada relacionando elementos históricos, culturais e educacionais comuns da realidade brasileira, apontando desafios e situando ações ou estratégias de superação com vistas à garantia efetiva do controle social em relação à área da saúde.

No decorrer desse processo, e como tutora do programa, surgiu a necessidade da elaboração e execução do plano de ensino emergencial para dar conta desse segmento e, concomitante, do questionamento que deu origem à pesquisa, refletindo-se sobre a seguinte pergunta: **É possível qualificar o ensino de saúde e as atribuições de tutores, no eixo obrigatório – Horas complementares de Controle Social – do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública, conforme as diretrizes do SUS, a partir do contexto de (pós)pandemia?**

Nessa perspectiva, a pesquisa teve como resultado a resposta do referido questionamento através dos produtos desenvolvidos, os quais são: a elaboração de material pedagógico, dentre eles livro digital interativo; a implementação e planejamento de oficinas, objetivando qualificar o aprendizado dos residentes profissionais da saúde sobre a participação social como afirma e requer a diretriz do SUS; e promover a reestruturação, qualificando a participação em espaços de controle social como atividade formativa na RIS/ESP. Para tal, fez-se necessário repensar e predicamentar a tutoria no eixo controle social no sentido de fortalecer a

participação e conhecimento dos residentes (trabalhadores da área da saúde) acerca da matriz curricular que versa sobre o tema controle social na saúde. Nesses produtos desenvolvidos, assim como neste trabalho, figuram hipertextos, bem como hiperlinks que levam o(a) leitor(a) a algumas fontes de dados utilizadas na pesquisa, direcionam o(a) leitor(a) também a vídeos, aos planejamentos dos produtos, entre outros.

Nesse sentido, o trabalho em tela, assim como os produtos apresentados, foi pensado a partir do acesso virtual, sendo importante ter acesso à rede informatizada com conexão ativa para acessar aos *sítes* para se conectar aos *links* e hipertextos utilizados como ferramenta de diálogo.

Este texto se constitui de nove partes de acordo com o modelo proposto no ppgensau, e a partir desta introdução são apresentados os objetivos e os referenciais teóricos, discutindo os conceitos de conselhos de políticas públicas, CSs, o mundo do trabalho, a escola e a tradição de luta do operariado, o potencial dos CSs para a afirmação da democracia e preservação da vida em tempos de pandemia Covid-19: no diálogo com o ensino na residência integrada em saúde e para uma saúde para além de capital.

A seguir se apresenta o percurso da pesquisa detalhando o tipo do estudo, o cenário da pesquisa e os participantes, os procedimentos de produção e análise de dados e as recomendações sobre ética na pesquisa aprovada pelos comitês da UFRGS N° 5.308.636 e da ESP N° 5.350.410.

A discussão dos resultados a partir das palavras-chave conduz a construção dos quatro produtos técnicos requisitados em um mestrado profissional e encaminha as considerações finais. Por fim o texto divulga as referências e os produtos (plano de ensino estruturado, estrutura das oficinas, livro digital interativo, proposta de atividade de extensão) que emergem da pesquisa, cujo roteiro para análise dos relatórios compõe o texto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Compreender o processo de ensino na saúde no eixo obrigatório – HCCS, qualificando-o, ao identificar o papel dos CSs e as ações dos diversos representantes dos usuários do SUS nas plenárias *online* e publicizadas na internet de CSs, no contexto de aprendizagens na pandemia Covid-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estruturar, organizar e promover material pedagógico para o plano de ensino do eixo de controle social do Programa de Residência Integrada em Saúde da ESP, com atividades como: oficinas, rodas de conversa, espaços de debates ou outros;
- Auxiliar no processo formativo dos residentes (trabalhadores da saúde) da RIS/ESP, oportunizando conhecimentos sobre o papel do controle social como diretriz do SUS;
- Elaborar plano de ensino para a inserção do segmento de controle social de maneira qualificada como plano de ensino permanente.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A construção dos processos participativos da sociedade civil, na perspectiva de democratização principalmente a partir da Constituição Federal de 1988, e o ressurgimento dos movimentos sociais historicamente contrários aos governos autoritários permitiram criar um contraponto entre este Estado e a sociedade civil que buscava mudanças significativas. No período do debate sobre a participação social, tal construção ganhou espaço, com a característica de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado, buscando a descentralização do poder.

Tais processos participativos se mostraram possíveis por meio dos conselhos de direitos, previstos pela Carta Magna. É nos espaços dos conselhos que se concretiza a participação social preconizada na Constituição Federal, como órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, responsáveis pela formulação, fiscalização, promoção e defesa das políticas públicas. Na área da saúde isso se mostra no espaço dos CSs.

Neste texto são abordados conceitos e definições sobre os conselhos (políticas públicas e CSs), no sentido de apresentar e explicar o que são e como se estruturam. A proposta analítica de referencial teórico ancorado em Antonio Gramsci encaminha a discussão sobre o potencial desses espaços na consolidação do Sistema de Saúde e no processo de ensino-aprendizagem junto à RIS.

3.1 – OS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Os Conselhos de Políticas Públicas são órgãos colegiados criados pelo Estado, cuja composição e competência são determinadas pela lei que os instituiu. Em sua maioria, a composição dos conselhos, integrados por representantes do Poder Público e da sociedade, tem a finalidade principal de servir de instrumento para garantir a participação popular, o controle social e a gestão democrática das políticas e dos serviços públicos, envolvendo o planejamento e o acompanhamento da execução destas políticas e serviços públicos.

No que tange às decisões, podem ser de caráter deliberativo ou consultivo.

As decisões de caráter consultivo não geram direitos subjetivos públicos, são meramente opinativas e indicativas da vontade do conselho. Já as deliberativas, são aquelas decisões de cumprimento pela autoridade responsável e pela execução da decisão, geram direitos públicos subjetivos passíveis de reivindicação judicial por qualquer interessado.

Diante de um real modelo de participação é que se pode exigir que as decisões dos conselhos possam ser efetivadas, sendo, consultivas ou deliberativas, equivalentes aos atos administrativos. Portanto, estão sujeitas aos mesmos princípios e regras, dentro da hierarquia normativa, em especial as do Art. 37 da Constituição³. Via de regra, os conselheiros não são remunerados e raramente exercem esta função com exclusividade. Quanto à estrutura necessária para garantir a autonomia funcional dos conselhos, como equipamentos, finanças, informações, assistência técnica e servidores públicos, o poder público é quem deve disponibilizar.

Já quanto aos representantes que compõem os conselhos, os do Estado geralmente são técnicos e os representantes da sociedade, na sua maioria, são leigos e oriundos de movimentos sociais e não devem ocupar funções de livre nomeação e exoneração no Poder Público. Vale ressaltar que as atividades dos conselhos estão sujeitas ao controle institucional e social. Os conselhos podem ser de âmbito nacional, estadual, municipal, distrital ou local (informações coletadas em: <http://www.cg.df.gov.br/conselhos-de-politicas-publicas-cpp/>).

É neste campo que se situam também os conselhos de saúde, objeto de estudo deste trabalho. Vale, portanto, a breve apresentação do que são e como foram constituídos.

3.1.1 – Os Conselhos de Saúde

As discussões sobre a participação social nas políticas públicas de saúde se deram com advento constitucional e definem as ações e serviços públicos de saúde como integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada constituída em um sistema único. Estabelece que esse sistema deva estar organizado de acordo com

³ Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (...).

as diretrizes: descentralização; atendimento integral e **participação social**. Tal regulamentação dispõe sobre as condições, a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde, reafirmando a participação da comunidade como princípio organizativo do SUS (Art. 7, Inciso VIII da CF).

A institucionalização da participação social no SUS se efetiva por meio de leis orgânicas que implementaram posteriormente os Conselhos e as Conferências de Saúde. Essa participação foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores organizados da sociedade civil sobre as ações do Estado, no sentido de atender cada vez mais aos interesses da maioria da população. A Lei 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, bem como fornece a diretriz para a organização das conferências e CSs.

Regulamentados pela referida lei, os CSs possuem caráter permanente e deliberativo. São classificados como órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. A lei nº. 8142/90 ainda menciona que o

Conselho de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art 1º § 2º da lei 8141/90).

Sobre a representação dos usuários nos CSs e nas Conferências, a legislação refere a paridade em relação ao conjunto dos demais segmentos. A composição formal dos conselhos é forma paritária, sendo 50% representação dos usuários de saúde, 25% de profissionais de saúde e 25% de prestadores de serviço do SUS e gestores. A organização dos Ccss acontece nas esferas nacional, estadual e municipal.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é composto por representantes do governo, dos prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, cujas decisões, consubstanciadas em resoluções, são homologadas pelo Ministro de Estado da Saúde. Tem como competências:

- atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política

Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros;

- estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;

- elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao SUS;

- aprovar os critérios e os valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura de assistência;

- propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais;

- acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio;

- acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde.

Este Conselho visa a observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do país e articula-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais. É composto por quarenta e oito membros titulares na forma de indicação, sendo o mandato desses de três anos, permitida apenas uma recondução. Já o Presidente do CNS é eleito, entre os conselheiros titulares ([decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006](#)).

Seguindo as mesmas características, o Conselho Estadual de Saúde do RS (CES/RS) é um órgão colegiado de caráter permanente, paritário e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política estadual de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Também é apto a propor e aprovar diretrizes para elaboração do Plano Estadual de Saúde; avaliar o modelo estadual de gestão do SUS, fiscalizando a administração do Fundo Estadual de Saúde e apreciando trimestralmente as suas contas. O CES ainda acompanha e contribui para o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde. Sua composição é formada por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários do sistema (Lei nº. 10.097, de 31 de janeiro de 1994).

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre – CMS/POA, se caracteriza, também, como instância deliberativa de planejamento, fiscalização e avaliação permanente do SUS de Porto Alegre. Sua composição segue a Lei Federal nº 8.142/90 (já mencionada acima) e suas atribuições também são de caráter colegiado, integrando representantes do governo, profissionais de saúde, usuários e prestadores de serviços. O funcionamento do conselho é uma das exigências do Ministério da Saúde para o recebimento de recursos por parte dos municípios (Resolução nº 333/03 do CNS).

Dessa forma os CSs se colocam como espaços importantes para a participação social, principalmente porque, nos moldes definidos pela Constituição Federal de 1988, são espaços públicos com força legal para atuar nas políticas públicas, na definição de suas prioridades, nos seus conteúdos e recursos orçamentários, além de seleção dos segmentos sociais a serem atendidos (RAICHELIS, 2008).

No entanto, sua composição heterogênea e diversificada (representação da sociedade civil e do governo) caracteriza-os como instâncias de negociação de conflitos entre diferentes grupos e interesses. Nesse sentido, vale considerar que são espaços carregados de contradição, uma vez que tanto podem tornar os mecanismos democráticos das políticas mais amplos, como também legitimar o poder dominante (CORREIA, 2012).

Cabe, portanto, olhar esse espaço como campo de disputas políticas e de contradições e nesse sentido podemos recorrer ao pensamento de Antonio Gramsci, o qual aborda a compreensão da sociedade civil como espaço de luta, de contato entre projetos de classes distintas em disputa de hegemonia.

Gramsci fez referência que o controle social acontece na disputa entre as classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado (CORREIA, 2002). Tal concepção permite avaliar qual das classes alcançará o controle social, e ainda a análise da correlação de forças num dado momento histórico.

Na direção do controle social a partir das classes subalternas⁴, o mesmo deve

4 Gramsci sugere no estudo das classes subalternas, a observação de uma série de mediações, tais como suas relações com o “desenvolvimento das transformações econômicas”; sua “adesão ativa ou passiva às formações políticas dominantes”; as lutas travadas a fim de “influir sobre os programas dessas formações para impor reivindicações próprias” a formação de “novos partidos dos grupos dominantes, para manter o consenso e o controle dos grupos sociais subalternos”; a

se dar na perspectiva dessas classes formarem cada vez mais consensos na sociedade civil. Para tal, é importante remetermos à classificação de sociedade civil, entendida por Gramsci “no sentido de hegemonia política e cultural de um grupo social sobre toda a sociedade” (NOGUEIRA, 2003, p. 223). Nesta perspectiva a política conduz à luta social e à luta institucional, e ambas caminham juntas, engendrando uma articulação de poder e hegemonia. Trata-se de um espaço dedicado a promover a unificação dos interesses, a politizar ações e consciências e a superar tendências corporativas ou concorrências. Nogueira (2003) classifica como uma sociedade civil “radical-democrática” a qual, nessa ideia, está voltada à supressão de qualquer concorrência predatória, bem como de ações corporativas que comprometam o tecido social. Nessa modalidade, os espaços tendem a seguir os interesses comuns à sociedade como um todo.

Por esse ângulo, então, é possível tomar a experiência dos conselhos de fábrica vivenciada pela classe operária na Itália e analisada por Gramsci. Para ele os Conselhos de Fábrica se classificam como organismos sociais que se diferenciam dos seus antecedentes pelo fato de superarem a divisão corporativa das categorias profissionais, sendo uma emanção direta dos trabalhadores, e tornando também possível a participação eleitoral de membros não-sindicalizados, a fim de estender a sua influência sobre eles também.

No manuscrito do “L’Ordine Nuovo”⁵, Gramsci escreve aos comissários do departamento das oficinas da Fiat Centro e Patentes (L’Ordine Nuovo de 13 de Setembro de 1919):

se é verdade que a nova sociedade será baseada no trabalho e na coordenação das energias dos produtores, os lugares onde se trabalha, onde os produtores vivem e trabalham em comum, amanhã serão os centros do organismo social e devem tomar o lugar dos órgãos dirigentes da sociedade de hoje (...).

caracterização das reivindicações dos grupos subalternos e “as formas que afirmam a autonomia” (GRAMSCI, 2002, p.140). Assim, é pertinente seguir utilizando tal conceito à medida que auxilia na análise de fenômenos sociopolíticos e culturais e na descrição das condições de vida de grupos e camadas de classe destituídos dos meios suficientes para uma vida digna (SIMIONATTO, 2009). No pensamento gramsciano, trata-se de recuperar os processos de dominação presentes na sociedade, desvendando “as operações político-culturais da hegemonia que escondem, suprimem, cancelam ou marginalizam a história dos subalternos” (BUTTIGIEG, 1999, p. 30).

⁵ Este endereço está publicado em língua italiana ou espanhola e as referências, neste texto, tem versão livre e não se pretende a tradução literal.

A proposição pretende que quem trabalha alcance postos como dirigentes no contexto social vigente e neste processo de luta o conhecimento, a auto-organização e disciplina coletiva são fundantes no mundo do trabalho.

As massas operárias devem preparar-se efetivamente para adquirir o completo domínio de si mesmas e o primeiro passo neste caminho encontra-se no seu equilíbrio em disciplinar-se, na oficina, de forma autônoma, espontânea e livre (GRAMSCI, 1919 p. 135-136).

Sendo assim, a reflexão teórica que se desenrolou da experiência dos conselhos estimulou em Gramsci a concepção de uma revolução que nascia da autonomia e da auto-organização do processo fabril por iniciativa dos trabalhadores, na qual os conselhos se constituem nos fundamentos democráticos (ROIO, 2007).

A compreensão da autonomia proposta por Gramsci inspira o pensar a autonomia⁶ dos indivíduos e a responsabilidade dos profissionais da saúde pelo processo de promoção, prevenção, manutenção e recuperação de saúde, o qual é fundamental na RIS, integrando contextos culturais e vivenciais e possibilitando a inserção de temáticas sociais abrangentes.

Ainda os Conselhos Operários, assim denominados, representativos pela sua composição operária como colegiados eleitos pelo montante de operários, e segundo Bobbio (1998), referem-se à coletividade concreta.

À luz da linguagem política corrente, essa expressão não indica apenas a pluralidade contemporânea de tais organismos, mas, implicitamente, tende a acentuar o significado da associação da ideia de democracia "não delegada" – subjacente às características do conselho – e da junção produtiva própria dos operários, vindo por isso a conotar um sistema de organização e/ou de representação, definido com base na distribuição e concentração das forças de

6 Cabe mencionar que Gramsci caracteriza a autonomia do indivíduo por meio da educação, consciência e prática política dos intelectuais na estrutura e superestrutura da sociedade. É preciso, portanto, ter o entendimento das coisas que o cercam (mundo – sociedade civil) de maneira crítica e coesa, bem como reconhecer o movimento da evolução histórica com suas contradições. Esse reconhecimento, caracteriza como avanço, um enriquecimento na compreensão dos lugares e papéis dentro de uma sociedade/espço onde estão inseridos e se relacionam enquanto indivíduos que passam a entender e atingem uma consciência das reais necessidades/interesses da coletividade, superando, dessa forma, os interesses corporativos e confrontam a sociedade política, com o monopólio do uso da força e de coerção (Estado) (GRAMSCI, 2000).

trabalho industrial nas diversas unidades de produção (fábricas, repartições, oficinas, grupos), capazes de permitir aos trabalhadores o direto exercício de um papel de direção nos sistemas econômico e político (BOBBIO, 1998 p. 235).

É fundamentalmente este significado que resume de forma genérica o sentido de elaborações teóricas clássicas acerca do termo e vistas, por exemplo, em vários escritos de Gramsci. Vale como explicação para o sucesso do termo dentro do movimento operário e, o que é mais importante, nas repetidas referências aos Conselhos, tanto no contexto de contínuas iniciativas de insubordinação operária, quanto na forma de processos de inovação institucional (BOBBIO, 1998).

Este termo carrega o significado que remete historicamente à composição operária, sendo classificado e entendido como órgão de poder revolucionário, uma vez que “se refere ao ciclo de lutas operárias iniciado em 1915-16 nos principais centros industriais da Europa e transformado em aberto conflito político durante a crise revolucionária do primeiro pós-guerra” (BOBBIO, 1998 p. 235).

Gramsci se entrega à experiência dos conselhos de fábrica na Itália, defendendo ao máximo a centralidade da fábrica e do trabalho industrial na questão da transformação revolucionária, considerando ser esse o nicho principal da exploração do trabalho e da reprodução do capital (ROIO, 2007).

3.2. O MUNDO DO TRABALHO, A ESCOLA E A TRADIÇÃO DE LUTA DO OPERARIADO

O contexto histórico desses conselhos na Itália situa-se na cidade de Turim, onde se agrupavam as principais indústrias do ramo metal-mecânico entre elas a Fiat motores, a qual era uma das três maiores empresas italianas especializadas na fabricação de veículos industriais (PEREIRA, 2001).

Tais indústrias, em especial a Fiat, por volta dos anos de 1910, modificaram por meio de seus patronatos, as formas tradicionais de organização dos trabalhadores em equipes, uma vez que consideraram que o controle dos operários sobre o processo de produção era excessivo. “A burguesia percebia claramente o nexo entre o conhecimento e a qualificação dos trabalhadores integrados nas equipes de trabalho e a sua organização política” (PEREIRA, 2001 p. 89). E, dada tal percepção inicia-se a montagem do cenário que visava a implementação dos

métodos tayloristas⁷ de produção na fábrica. Neste momento, os operários qualificados que desempenhavam funções que podem ser particionadas foram postos na supervisão dos trabalhadores e, em razão disso, a possibilidade da implementação do chamado taylorismo inicialmente teve uma boa aceitação.

Apesar da lenta e gradual implantação do método taylorista, e da mão de obra qualificada, já se podia identificar que a forma de produção do proletariado da cidade de Turim estava aproximando-se do método, uma vez que já estava presente a produção em série, por meio de já marcadas fases particionadas de trabalho e dos tempos pré determinados para a produção, o que, por consequência, leva ao período da exploração intensa, peculiar de empresas capitalistas.

Foi este cenário, de transformações vividas pelo proletariado da cidade de Turim na Itália, que propiciou uma homogeneização dos grupos de trabalhadores criando “as condições necessárias para o florescimento de uma psicologia de massas que o diferenciava do resto das classes trabalhadoras italianas” (PEREIRA, 2001 p. 93). Havia uma relação de confronto entre os trabalhadores – cientes do papel importante que sua força de trabalho desempenhava no desenvolvimento e estrutura da indústria – e os patrões que contavam com o apoio do Estado nas suas exigências. A exemplo disso:

graças a este elevado grau de mobilização de classe em Turim, os regulamentos internos das fábricas automobilísticas nunca foram efetivamente obedecidos, apesar de introduzidos em 1912, em uma época em que os trabalhadores industriais de outras cidades já estavam submetidos às rigorosas normas disciplinares típicas do taylorismo (PEREIRA, 2001 p. 93,94).

Vale ainda destacar, segundo Pereira (2001), que a combatividade do proletariado turinês era também motivada pela presença de grupos operários comunistas e pela prática de reuniões e debates em grupos de estudos. A única organização sindical, embora importante, não direcionava a massa operária, tendo pouca influência sobre o operariado.

7 Método desenvolvido por Frederick Winslow Taylor, ao final do século XIX, que preconizava a maximização da produção atrelada ao máximo aproveitamento da mão de obra. O taylorismo tem como principal premissa elevar a produção industrial em menor tempo possível. Isso porque as observações de Taylor constataram que muitos operários, por realizarem as funções sem muita técnica, perdiam muito tempo com movimentos desnecessários, obtendo uma produção muito abaixo da sua capacidade

A referida prática de reuniões e debates já dava início a uma espécie de organização por meio de comissões (que posteriormente recebe o nome de conselhos) e, embora crivado de ressalvas, o reconhecimento oficial dessas comissões se deu através de um decreto do Ministério⁸ de Armas e Munições na Itália. Tal decreto versava sobre a natureza da representação, e sobre a nomenclatura passando de “comissão operária” a “comissões operárias internas”, dando-lhes um caráter mais informal.

Apesar das ressalvas impostas na sua legalidade, vale destacar a maneira como tais comissões se organizavam com os trabalhadores. A organização se dava em equipes de trabalho que possuíam domínio sobre os sistemas de produção (manutenção do perfil deste grupo de operários), o que permitia uma vasta articulação entre os trabalhadores, bem como o controle operário sobre os processos de trabalho, diminuindo a separação entre os conhecimentos técnicos e manuais.

Para Gramsci a divisão entre o conhecimento técnico e trabalho manual minava a unidade e criava novas formas de submissão entre o fazer e o saber. Ele

identificava o problema da técnica, como uma articulação de questões entre si: a relação entre o conhecimento técnico e o conhecimento político; o problema da escola no desenvolvimento de uma psicologia de produtores entre os operários e por fim a questão do taylorismo (PEREIRA, 2001 p.136).

A questão da escola, nessa perspectiva, era ao mesmo tempo a questão de técnica e política na produção e socialização do conhecimento voltado para a produção. Dessa forma, neste modelo de formação – visto como escola –, o conhecimento humanista e a capacidade crítica estavam excluídos, já que os trabalhadores iam se concebendo isoladamente como produtores.

Segundo Pereira (2001), as discussões nos conselhos também versam sobre essa escola tradicional e sobre os problemas da unidade entre saber técnico e saber humanista. E, nesse sentido, perpassam a ideia dos conselhos assumirem para si a tarefa de estudar e de criar condições para a troca e apropriação de conhecimentos entre os operários, em vez de intervir sobre essa escola oficial burocratizada. Isso eleva a compreensão do trabalhador acerca da realidade e sua habilidade de intervir

⁸ Com o fim do conflito mundial veio a exaustão do modelo da “militarização das relações do trabalho” (PEREIRA, 2001 p.98)

internamente à fábrica, política e tecnicamente.

Portanto, para Gramsci (1920), os debates (trocas e apropriações de conhecimentos) só podem ser plenos quando ocorridos no interior dos conselhos operários, pois este espaço propiciava uma verdadeira articulação com e entre a base, à medida que os problemas (a ascensão taylorista principalmente) podem ser discutidos e a massa de trabalhadores tendendo a se interessar e participar de forma a contribuir para a solução desses problemas. Isso se daria a partir da socialização das experiências, oferecendo soluções para tais problemas, através de assembleias de fábrica.

Na comparação com os conselhos de fábrica, dentro dessa nova concepção de direito, podemos pensar na potencialidade dos CSs como espaços de exercício do enriquecimento do grupo no viés da coletivização de demandas que por vezes são trazidas como individuais, mas que no contato com o grupo mostram-se coletivas, sociais e políticas. Desse modo, guardadas as características temporais, tal como nos conselhos de fábrica na Itália, o interesse pelas discussões acerca do campo saúde deveria, portanto, se estender a todos os envolvidos, desde o usuário até os trabalhadores, elevando esse grupo à condição de partícipe na criação das políticas de saúde, bem como na articulação da atividade política com viés de interesse público e tendo como fundamento o conceito ampliado de saúde.

3.3 – O POTENCIAL DOS CONSELHOS DE SAÚDE PARA A AFIRMAÇÃO DA DEMOCRACIA E PRESERVAÇÃO DA VIDA EM TEMPOS DE PANDEMIA COVID-19: no diálogo com o ensino na Residência Integrada em Saúde e para uma saúde para além de capital.

Pensar nos espaços coletivos como espaços potentes de exercício da democracia implica pensar, a exemplo das propostas de Gramsci, nas premissas que fundamentam e fornecem as bases para a composição de tais espaços. No caso dos conselhos de fábrica, o autor menciona a adesão à disciplina política, de organismo econômico comprometido com a luta de classe e uma organização consciente do proletariado. Na comparação, sugerimos o reconhecimento da democracia e o reconhecimento do conceito ampliado de saúde como base fundante

e amalgamadora das discussões e encaminhamentos desse coletivo, bem como a organização consciente dos conselheiros (que são o conjunto dos usuários e trabalhadores da saúde em sua maioria).

Cabe, assim, discorrermos sobre qual conceito de saúde estamos falando. O marco divisório acerca da concepção de saúde se deu no Brasil no ano de 1986, onde na oitava conferência nacional de saúde foi discutido conceitualmente do que se tratava o referido termo, suas implicações, desdobramentos, concepções e entendimentos sobre essa área. Foi denominada, por essa razão, de “a conferência da virada”, e, conhecida como “A Oitava” pois foi a partir dela que passou-se a refutar a ideia anterior de que ter saúde significava não estar doente, ou seja, a saúde como ausência de doença. Além disso, a percepção dos cuidados em saúde deixou de ter centralidade na figura do médico e na cura de doenças. Na tentativa de romper com esse paradigma surge o conceito ampliado de saúde, o qual define que:

1—a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

2—A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986 p.4).

É a partir dessa ideia que as discussões nos espaços dos CSs estão ou devem estar alicerçadas. Por isso o viés político proposto nos conselhos de fábrica em Gramsci pode nos servir de luz para pensar e articular o viés político a ser fomentado nas discussões que perpassam os temas de controle social na área da saúde. Viés tal que possa direcionar para o reconhecimento e engajamento junto à constante luta pela manutenção e qualificação de um sistema público de saúde que não sirva apenas aos interesses do mercado e que trate o campo da saúde em consonância com seu conceito abrangente.

Por que motivo, então, mais de trinta anos depois da referida virada conceitual, a saúde é tratada como ausência de doença, e as doenças vistas como mercadoria? Tal questionamento nos instiga a pensar sobre o papel desenvolvido pelos CSs e dos lugares que discutem o tema controle social na saúde, no sentido da busca pela efetivação do referido conceito.

Na trilha dessa busca, é possível tomar como exemplo a perspectiva de Gramsci ao mencionar uma das funções dos conselhos de fábrica, a de socializar o conhecimento técnico e de atribuir um sentido humanístico, que a partir da sua capacidade possam se inserir como parte dirigente do processo, visando a construção de planos horizontais (Pereira,2001).

Para Gramsci, no que tange os conselhos de fábrica, o problema não reside somente na questão de organizar uma vanguarda, mas “como articulá-la e integrá-la com os núcleos rurais (...) e com os centros de vida econômica e política, sob o controle dos grupos burgueses.” (PEREIRA, 2001 p. 184). É crível, assim, traçar um paralelo do problema apontado pelo autor com análise da conjuntura vivenciada nos CSs, à medida que a análise permite identificar uma lacuna entre as legislações que versam sobre a participação social no SUS (com base no conceito ampliado de saúde) e a efetiva participação da sociedade no Estado e no controle das políticas de saúde. Estariam, então, os gestores dos serviços de saúde (secretarias de saúde subordinadas a seus respectivos governos municipal/estadual/federal) cooptados pelos interesses das oligarquias⁹ atuantes no “mercado da doença”- deslegitimando as deliberações, encaminhamentos e consensos elaborados em tais espaços? Seria essa uma nova forma de controle por parte da classe dominante? Qual seria o papel e as possibilidades de atuação dos CSs diante disso?

Na perspectiva de Gramsci, em relação aos conselhos de fábrica

o conselho deverá, impulsionado pela secção, preparar, discutir e publicar projetos de lei que tendam a educar as massas sobre os fins reais do comunismo, e a demonstrar às massas que a solução dos problemas que nos atormentam atualmente, possa ser encontrada somente através de um poder puramente proletário [...] (GRAMSCI,1920 p. 279).

Tomamos emprestado tal perspectiva para identificar o potencial e as possibilidades dos CSs, bem como o debate sobre tais espaços para a afirmação da vida e de uma sociedade mais saudável, a qual entenda que a participação social é de fundamental importância e que o poder das tomadas de decisões no campo da saúde deve ser da população usuária e dos trabalhadores. Para tal se faz

9 Grupos dominantes que incluem as oligarquias agrárias e dos serviços, organizadas politicamente, a burguesia industrial e acima destes grupos a burguesia financeira internacionalizada, no controle do Estado, ou na disputada que depende da correlação de forças.

necessário o investimento no diálogo, na troca, na escuta e na construção coletiva e participativa, legitimando assim – os CSs – como espaços de afirmação da democracia, na perspectiva de democracia participativa.

E, no diálogo com os profissionais de saúde, a formação em residência pode se apresentar como uma ponte rumo à tomada da consciência de que o SUS é universal, de todos, para todos e, estar e ser um operador deste sistema significa entender que se é parte dele, e que se implica na responsabilidade da efetivação de sua política.

Para fazer esse diálogo também é preciso entender o duplo papel que o profissional de saúde ocupa: o da aprendizagem e o da “ensinagem” (ANASTASIOU, 2008). Os espaços coletivos de discussão, como CSs, por exemplo, têm o potencial de proporcionar o trânsito entre o aprender e o ensinar. A um só tempo “sou profissional a serviço da saúde e sou cidadão que usufruo dos serviços de saúde”. E, como diz Freire, ensinar “exige disponibilidade para o diálogo” (FREIRE, 1996 p.134). É no diálogo que uma sociedade se fortalece enquanto coletivo que busca o bem-estar para a totalidade deste coletivo.

Além disso, o diálogo entre a residência – enquanto qualificação formativa de profissionais da saúde – pode colocar-se como um canal potente no fortalecimento dos espaços de controle social na saúde e por consequência para a consolidação do SUS e a consolidação desse sistema como afirmação da democracia.

Vale destacar que quando mencionamos a importância da afirmação da democracia como base fundante para a consolidação do SUS, nos referimos a um modelo de democracia participativa. Tal modelo trata da participação direta dos cidadãos na tomada de decisão por meio dos efetivos mecanismos de controle exercidos pela sociedade civil sobre a administração pública. O papel democrático não é reduzido apenas ao voto, mas estendido para a esfera social.

O papel democrático, nessa perspectiva, é discutido¹⁰ pela filósofa Marilena Chauí (2018) como uma forma social, ou seja, a democracia como uma forma da sociedade. Tal forma se destaca por três características principais, a primeira pela criação e conservação de direitos; a segunda pela consideração do conflito como legítimo e necessário; e a terceira pela afirmação da soberania popular, ou seja,

10 Discussão disponível na íntegra em <<https://youtu.be/XDJQ7CC6IAo>>

pertence ao povo e não ao governante.

A conjuntura da pandemia vivenciada atualmente, por exemplo, nos revela a importância de se pensar e recriar a democracia enquanto democracia participativa, e enquanto democracia como forma social a qual possa repensar o Estado, um Estado que cumpra seu papel de atender a população e não aos interesses do capital. Há também que se considerar que crises pandêmicas evidenciam as crises da democracia representativa, a qual é posta sob ameaça diante das condições predatórias impostas pelo sistema econômico vigente. Ou seja, é evidenciada por já se encontrar ameaçada, uma vez que está relacionada às desigualdades sociais e econômicas, provocadas, sobretudo, pela vinculação – dos dirigentes governamentais – aos interesses das instituições financeiras. As prioridades governamentais, enquanto permanecem controladas e subordinadas a tais interesses, geram uma concentração de renda e riqueza, aumentando as desigualdades e a pobreza da população. Nesse sentido, é importante e fundamental, quando se menciona conselhos de políticas públicas, se ter em mente que tais espaços se configuram como espaços de disputa e que importa muito a ação da sociedade civil, implicada nesses espaços, para a afirmação dos princípios fundamentais da democracia como modelo de participação (Viola,2008).

Nessa perspectiva, vale tomar emprestado ainda as palavras do professor historiador Solon Eduardo Annes Viola quando da sua Participação na conferência¹¹: “Pensamentos Inquietos: Pandemias e Crises da Democracia” promovida pelo programa de pós-graduação Interdisciplinar em direitos humanos da Universidade Federal de Goiás e realizada no dia 11 de novembro de 2021. Nesta oportunidade, o historiador Solon propõe pensar direitos humanos como inquietude, sobretudo no contexto pandêmico. Sob essa ótica, aborda a relação das pandemias e as crises da democracia, logo a democracia como inquietude nos leva a ideia de que é preciso que a vida se afirme como um direito humano. É preciso reconhecer os movimentos históricos mostrados, principalmente, diante das conjunturas de pandemias que acompanham a humanidade e que solucioná-las é uma tarefa humana, global e social. O combate ao pandêmico precisa ser universalizado.

Além disso, a conjuntura atual da democracia não pode ficar reduzida à

11 palestra disponível em <<https://youtu.be/dzvgQCU5AE>>

dimensão da representação, ou seja, é preciso ser revigorada em direção à democracia da participação e, a partir disso, então, cada integrante do conjunto que habita o planeta tenha seus direitos reconhecidos (Viola, 2021). Aproximando-se, assim, do pensamento de Bobbio (1992) que menciona direito humano como sinônimo de democracia.

Tendo como premissa que defender a vida é entendê-la como um direito humano e direito humano visto como sinônimo de democracia, torna-se imprescindível a afirmação e consolidação dos espaços democráticos na perspectiva da universalização desses direitos. Por isso os espaços que se colocam como potentes para a afirmação e luta pela democracia participativa, como os CSs, por exemplo, são espaços de fundamental importância no papel de afirmação de uma sociedade democrática para uma saúde democrática.

Daí decorre, portanto, a necessidade de uma democracia participativa que caminhe na direção do reconhecimento dos direitos enquanto direitos universais. E trilhar este caminho por meio da disponibilidade para o diálogo é pressuposto fundamental, à medida que possibilita o exercício da democracia no próprio caminhar.

Essa disponibilidade para o diálogo é mencionada por Freire (1996) no processo de ensino aprendizagem e refere-se ao fato de que ao se saber algo se ignora algo também. Mas, que se junta a certeza de que se pode saber melhor o que já se sabe e conhecer o que ainda não se sabe, bem como é na “disponibilidade à realidade” que se constrói a segurança necessária ao processo de ensino aprendizagem.

Estar disponível é abrir-se para as diferenças. É no respeito às diferenças que se dá o encontro com o outro. E, nesse encontro ocorre a disponibilidade para o diálogo, e na própria disponibilidade em si que se efetiva a segurança. Tal segurança, por sua vez – imprescindível no processo de ensinar, no comportamento do professor, por exemplo, ao discutir um tema, ao analisar um fato e ao se posicionar –, não reside na ideia de que ele(a), o(a) professor(a), sabe tudo. Nas palavras do autor:

(...) minha segurança se alicerça no saber confirmado pela própria experiência de que, se minha inconclusão, de que sou consciente, atesta,

de um lado, minha ignorância, me abre, de outro, o caminho para conhecer (...). Testemunhar a abertura aos outros, a disponibilidade curiosa à vida, a seus desafios, são saberes necessários à prática educativa (FREIRE, 1996 p. 135).

Portanto, essa disponibilidade é um saber essencial para o exercício do diálogo. Um diálogo construtivo, numa abertura aos outros que no movimento dialético toma a prática de abertura ao outro como objeto da reflexão crítica, caminhando para uma relação dialógica, de inconclusões e em permanente movimento histórico.

Semeada tal disponibilidade de diálogo se diminui distâncias que separam as condições de vidas dos envolvidos, à medida que se torna possível, o professor, ao ajudar a aprender não importa que saber, o de torneiro mecânico ou o de cirurgião, com vistas à mudança do mundo e à superação das estruturas injustas (Freire, 1986). Daí a importância de somar saberes outros da realidade concreta, da força da ideologia, no sentido de desocultar verdades escondidas, como no “desmistificar a farsa ideológica” (FREIRE, 1996 p. 139) e que – no caso da saúde – no desvelar das práticas hegemônicas que transitam nesse campo. Os saberes sobre cidadania, democracia e a potência dos conselhos, além de serem desvelados, podem se somar nos diálogos.

Nesse sentido, a pedagogia do diálogo se mostra como um caminho bastante crível para galgar uma democracia participativa também no campo da saúde, uma vez que se coloca como excelente ferramenta para enfrentamento da ideologia dominante, já que busca a partir das construções do pensar coletivo desnudar as estratégias de dominação, bem como propõe o exercício do pensar conjunto em alternativas para que o direito permeie universalmente a sociedade.

Diante da pequena experiência vivida e que deu origem a este trabalho, tal pedagogia pode ser vista como alternativa possível, à medida que ela se mostrou bastante assertiva junto à atuação no eixo de ensino da RIS controle social na saúde e na sua interface com as plenárias dos CSs. Tais diálogos se mostram como oportunidades para o exercício do refletir, uma vez que as discussões promovidas e fomentadas nesses espaços colocam luz sobre uma gama de estratégias utilizadas na implementação do projeto neoliberal de desmonte do SUS. Ao desnudar tais estratégias, torna-se possível construir reflexões acerca da realidade, promovendo

o pensar, o criar de soluções para os problemas identificados, dentro da perspectiva "ação-reflexão-ação" proposta por Freire (Machado e Albuquerque, 2021).

Em vista disso, para chegar a reflexão e posteriormente a ação, o caminho do diálogo se coloca como metodologia potente e possível, já que se propõe a debater o que se diz e o que se mostra, como se mostra e quem mostra, a que interesses atende com esse mostrar. Numa intenção de instigar o trabalhador da saúde e usuários ao exercício do ser social como agentes políticos, que pensam, que agem, e usam a palavra como ferramenta de transformação social.

Esse entendimento vai ao encontro do Projeto Pedagógico da RIS, uma vez que tal projeto aponta como um dos objetivos da formação em Residência Integrada em Saúde

formar profissionais com vivências em cenários diversificados de práticas, na gestão do sistema de saúde e **nas instâncias de controle social**, capacitando-os para uma intervenção interdisciplinar, analítica, **crítica**, investigativa, resolutiva e propositiva no âmbito técnico, administrativo e **político do SUS**. (PP RIS/ESP – RS, 2014, p.19 – grifos nossos).

Dessa forma, o diálogo proposto é uma ferramenta que pode proporcionar a referida intervenção interdisciplinar, analítica e crítica, considerando o viés político do SUS. Daí decorre a necessidade de pensar uma saúde para além do capital que possa andar de mãos dadas com a luta por uma transformação do atual modelo econômico e político hegemônico, já que tal modelo caminha na contramão do conceito ampliado de saúde proposto como fundamento das discussões que perpassam os CSs e a participação social junto ao SUS. Uma participação que vise o enfrentamento à desumanização do sistema de saúde que vem sendo operacionalizado através da mercantilização da doença, ou seja, a doença vista como mercadoria lucrativa.

Nesse contexto, nos deparamos também com a formação dos estudantes no campo da saúde (assim como noutros campos) como formação para o mercado, já apontada por Freire quando menciona que a formação voltada ao trabalho desconhece a política inerente aos currículos, pois tais currículos vestem uma roupagem de neutros, quando, na realidade, os currículos direcionam o olhar do estudante para observar as coisas sem criticidade, sem questionamentos na execução de ordens, passando uma imagem de sociedade imutável sem falhas.

(Freire,1986). Ou seja,

Os cursos enfatizam as técnicas e não o contato crítico com a realidade. Um cientista, um profissional, mantém a face limpa ficando fora da política, deixando de fazer perguntas que contenham críticas às decisões de seus superiores ou ao impacto de seu próprio trabalho (FREIRE, 1986 p.16).

Essa ausência de análise política tende a formar trabalhadores capazes de grandes obras mas submissos aos seus dirigentes. Por essa razão se coloca como desafio junto aos espaços de educação no sentido de mudança social e como proposto por Freire que possa ser feito uma vez que “o diálogo pertence à natureza do ser humano, enquanto ser de comunicação. O diálogo sela o ato de aprender, que nunca é individual, embora tenha uma dimensão individual” (FREIRE, 1986 p.11). Podemos adquirir o conhecimento individualmente, com nossas particularidades e singularidades, mas é no outro que nos educamos¹².

Nesse sentido, “o curso libertador ilumina a realidade no contexto do desenvolvimento do trabalho intelectual sério.” (FREIRE, 1986 p. 16). Portanto, a educação é também um ato político que torna possível a libertação. E, nesta, a emancipação é possível, o “aprender a ser livres, estudando nossa falta de liberdade. Esta é a dialética da sala de aula libertadora. É um lugar em que pensamos criticamente sobre as forças que interferem em nosso pensamento crítico” (FREIRE, 1986 p. 17). Em vista disso, educar não é mera transferência de conhecimento, mas sim conscientização e testemunho de vida, no reconhecimento de que a história é um campo aberto de possibilidades e diálogos (Mészáros, 2002).

E por falar em diálogo, a proposta deste trabalho transitou nessas potencialidades do controle social como afirmação democrática, por meio do exercício do diálogo entre o controle social na saúde e o ensino em Residência como processo formativo de profissionais da saúde. A luz também de Paulo Freire (1986) é possível pensar o referido diálogo no sentido de que se os alunos e professores praticam o poder de produzir conhecimento em sala de aula, estariam, por sua vez, reafirmando seu poder de reconfigurar a sociedade.

O conhecimento, dito oficial, se reflete ou é, também, a estrutura da autoridade social. Daí decorre a prevalência de programas curriculares passivos,

¹² Anotações da autora na condição de aprendiz a partir da aula na cadeira de Ateliê I em uma das falas do professor Rafael.

tácitos, engessados e pautados exclusivamente nas bibliografias e nas aulas expositivas, como ferramenta que impede o avanço interpretativo dos alunos e dos professores, limitando seus acessos e suas identificações ao terreno do consenso oficial (Freire, 1986). Portanto,

o currículo passivo baseado em aulas expositivas não é somente uma prática pedagógica pobre. É o modelo de ensino mais compatível com a promoção da autoridade dominante na sociedade e com a desativação da potencialidade criativa dos alunos (FREIRE, 1986 p.15).

Nesse sentido, uma nova forma de fornecer acessos aos residentes/alunos sobre o tema do controle social na saúde, pode, através da própria prática educativa reinventada, mostrar a importância deste tema para a consolidação do SUS e o papel dos trabalhadores como trabalhadores em si e do sistema de saúde, bem como usuários dele. Em certa medida esse exercício já acontece, quando, por exemplo, há uma argumentação dos alunos (residentes) sobre questões que perpassam a RIS e eles em suas assembleias discutem, debatem e trazem em forma de reivindicações suas demandas. O novo aqui reside na mediação desse processo e no diálogo com a perspectiva do controle social na saúde, numa mediação do(a) tutor(a) na articulação dos ocorridos como forma de exercício democrático, nas comparações ao se trabalhar com o controle social na área da saúde. E tal mediação pode se valer da ideia de que a

a educação libertadora é, fundamentalmente, uma situação na qual tanto os professores como os alunos devem ser os que aprendem; devem ser os sujeitos cognitivos, apesar de serem diferentes. Este é, para mim, o primeiro teste da educação libertadora: que tanto os professores como os alunos sejam agentes críticos do ato de conhecer (FREIRE, 1986, p.27).

Por esse ângulo, a proposta é de um processo dialético de instigar o pensamento crítico do(a) tutor(a) junto com aluno / residente / trabalhador da saúde a partir da ideia de que a crítica nutre a disciplina intelectual necessária, fazendo perguntas ao que se lê sobre o controle social na saúde. Não se submetendo a uma mera observação protocolar das plenárias transmitidas pelos CSs. O ponto é questionar o sentido delas, é identificar os papéis ali, e o seu próprio papel enquanto trabalhador da saúde que faz parte de uma sociedade.

Assim, o fato não é só impor aos alunos (residentes) numerosas

‘participações’ das plenárias e ou reuniões de conselhos, mas solicitar que os residentes / profissionais da saúde enfrentem seriamente a realidade observada nas plenárias, e os textos acerca do tema controle social na saúde¹³.

Dessa forma, se há envolvimento dos residentes uns com os outros em um diálogo crítico, é possível identificar tal movimento como um ato de mobilização. Uma vez que pode ter havido a decisão conjunta de investigar a própria realidade, na qual também se veem inseridos e, se colocam para além de meros observadores acrílicos das plenárias dos CSs. Além disso, ao realizarem uma análise crítica, caminham para a reflexão sobre o que uma categoria profissional pode atingir, caminho tal que se apresenta como grande potencial de transformação¹⁴.

Por essa razão se colocam como desafio junto aos espaços de educação e ensino na saúde duas perspectivas: a de romper a lógica do capital – que vem identificando a doença como mercadoria – e ao mesmo tempo também elaborar planos estratégicos para uma saúde que vá além do capital e ao encontro da materialização de seu conceito ampliado.

Para tal torna-se imprescindível um ensino na saúde de cunho libertador. Daí decorre a necessidade de um pensamento crítico que possa auxiliar no aprendizado da realidade como algo de concreto, apreendendo o sentido da realidade a partir da vivência e na interação com tal realidade junto aos CSs, por exemplo. Transita pelo aceitar que os residentes enquanto trabalhadores da saúde são professores também. Tomando emprestado os ensinamentos de FREIRE, 1986 p. 25, é possível dizer que “Isso acrescenta profundidade ao conhecimento pela experiência, que é

13 Adaptação à realidade para qual se deseja atuar. Com base em Freire, 1986 p.15 onde refere: “sou favorável a que se exija seriedade intelectual para conhecer o texto e o contexto. Mas, para mim, o que é importante, o que é indispensável, é ser crítico. A crítica cria a disciplina intelectual necessária, fazendo perguntas ao que se lê, ao que está escrito, ao livro, ao texto. Não devemos nos submeter ao texto, ser submissos diante do texto. A questão é brigar com o texto, apesar de amá-lo, não é? Entrar em conflito com o texto. Em última análise, é uma operação que exige muito. Assim, a questão não é só impor aos alunos numerosos capítulos de livros, mas exigir que os alunos enfrentem o texto seriamente.”

14 Adaptação à realidade para qual se deseja atuar com base em Freire, 1986 p.29 onde refere: “Se os estudantes se envolvem uns com os outros em um diálogo crítico, encaro isso como um ato de mobilização, porque decidiram tornar-se seres humanos que investigam juntos sua própria realidade. Se examinam criticamente alguns textos ou artigos que apresento, vejo nisso um sinal de que a sua resistência em relação à cultura crítica está diminuindo, e até que a sua imersão na cultura de massa está se enfraquecendo. Se estudam seriamente o racismo, ou o sexismo, ou a corrida armamentista, percebo aí um ponto de partida da transformação que pode desenvolver-se, a longo prazo, em sua opção pela mudança social. Refletindo sobre o que uma classe pode atingir, vejo uma gradação de momentos de transformação.”

uma ideia comum na educação progressiva. O professor aprende dos alunos, e o professor (...) é informalmente educado pelos trabalhadores”.

Nessa perspectiva, já vislumbra-se o potencial dos espaços coletivos como espaços de ensino aprendizagem democráticos, dado que tal exercício tira a centralidade do ensino da figura do professor ou professora e do aluno ou aluna e passa a circular num meio em que se encontram trabalhadores que exercem distintos papéis (agentes/trabalhadores do campo da saúde, tutores, alunos residentes, conselheiros de saúde) e por essa razão, ora ensinam, ora aprendem.

A aceitação desse diálogo dialético do ensino e aprendizagem passa pelo reconhecimento do viés político dos espaços coletivos, como os CSs e como já apontado por Gramsci – quando da análise dos conselhos de fábrica na Itália, bem como pelo reconhecimento que um educador é também um político. Freire (1986) nos mostra isso ao descrever seu percurso de formação como professor, mencionando que embora a educação apresente limitações no que tange a transformação social, se coloca como importante para identificar as reações do poder que perpassam o tecido social. Segundo ele, a realidade brasileira de 1964 em seus limites objetivos permitiram a conscientização dos limites da educação para a transformação social, mas oportuniza “compreender o que é o poder na sociedade, iluminando as relações de poder que a classe dominante torna obscuras. Também podemos preparar e participar de programas para mudar a sociedade” (FREIRE, 1986 p.26).

Ao mencionar a educação como base importante para a participação de programas capazes de mudar a sociedade, a que se perguntar que programas são esses no campo da saúde, que programas, por exemplo, podem estar implicados nos espaços de controle social como os CSs. Por essa razão é de fundamental importância reconhecer o caráter político da educação, do ensino em saúde e dos espaços de onde se constrói e se constituem a educação em saúde e seus desdobramentos. Dessa maneira o agente operador desse processo educativo/educacional também é um ser político. “Depois de descobrir que também é um político, o professor tem de se perguntar: ‘Que tipo de política estou fazendo em classe?’” Ou seja: “Estou sendo um professor a favor de quem?” (FREIRE, 1986 p.34).

Por sua vez, isto desenha o projeto político para a sociedade, e aí mora a riqueza do processo de qualificação profissional no formato em residência na área da saúde, pois permite transpor as vivências para além da sala de aula, transitando em espaços de controle social que se colocam como potentes contextos da transformação. Portanto, conhecer a realidade dos CSs no diálogo com a formação em residência tendo como mediação a trilha da educação libertadora permite testemunhar o respeito pela liberdade a favor da democracia e na virtude de conviver com as diferenças e respeitá-las (Freire, 1986). Nesse sentido, “a educação libertadora deve ser compreendida como um momento, ou um processo, ou uma prática onde estimulamos as pessoas a se mobilizar ou a se organizar para adquirir poder” (FREIRE, 1986 p.27).

Tal organização implica o reconhecimento do viés político das relações e dos espaços de construção coletiva e, segundo Nogueira (2003), na perspectiva de Gramsci a política conduz a luta social e a luta institucional e ambas caminham juntas, engendrando uma articulação de poder e hegemonia. Trata-se de um espaço dedicado a promover a unificação dos interesses, a politizar ações e consciências e a superar tendências corporativas ou concorrências. Portanto, na perspectiva de Gramsci relatada por Nogueira,

(...) a sociedade civil aparece como um espaço onde são construídas soluções globais para a sociedade, articulam-se capacidades de direção ético-política, disputa-se o poder e a dominação. Um espaço de organização e invenção de novos Estados e novas pessoas. Um espaço de luta, governo e contestação, no qual se formam vontades coletivas. (NOGUEIRA, 2003, p. 224).

Ao classificar uma sociedade civil como “radical-democrática” (Nogueira, 2003), o autor reconhece o fato de estar voltada à supressão de qualquer concorrência predatória, bem como de ações corporativas que comprometam o tecido social. Nessa modalidade, os espaços tendem a seguir os interesses comuns à sociedade como um todo. O que caracteriza, com base em Gramsci, é a compreensão da sociedade civil como espaço de luta, de contato entre projetos de classes distintas que disputam hegemonia. Sendo possível situar, nesse contexto, os CSs e exercitar o diálogo entre tal espaço com os profissionais da saúde com base nessa perspectiva pode se colocar como potente para o almejado reconhecimento do conceito ampliado de saúde, bem como sua materialização.

Além disso, ao se discutir e debater os espaços de controle social na saúde sob tal perspectiva e, em consonância com a prática da educação libertadora, somos levados a questionar, de maneira crítica, o sistema capitalista, uma vez que esse tem modelado as políticas de saúde. Para tal é preciso aspirar – da mesma forma que “precisamos entender a natureza sistemática da educação para atuar eficientemente dentro do espaço das escolas” (FREIRE, 1986, p.28) – uma atuação sistemática e eficaz nos espaços de controle social na área da saúde.

Nesse sentido, fortalecer os CSs no fomento do diálogo desse espaço com a RIS transita nas ideias apontadas por Gramsci, ao colocar a importância dos conselhos como união da sociedade em torno da ideia de que o poder e controle de políticas para a sociedade precisa advir da própria sociedade.

Para tal, a educação libertadora se coloca como um instrumental importante nesse processo, uma vez que trabalha com a tarefa de denunciar e de atuar contra a tarefa de reproduzir a ideologia dominante. No entanto, a tarefa de denunciar não será proposta pela classe dominante (Freire, 1986) e sim

deve ser cumprida por aqueles que sonham com a reinvenção da sociedade, a recriação ou reconstrução da sociedade. Então cabe àqueles cujo sonho político é reinventar a sociedade, ocupar o espaço das escolas, o espaço institucional, para desvendar a realidade que está sendo ocultada pela ideologia dominante, pelo currículo dominante. (FREIRE, 1986 p.29).

Sendo assim, é possível se utilizar desses instrumentos oferecidos pela educação libertadora para fomentar o diálogo entre a educação formativa em residência multiprofissional e os espaços da área da saúde, no sentido de desvelar a realidade para então se pensar numa atuação política. Isso coloca-se como potencial, uma vez que tal educação se pauta como educação democrática, educação desveladora, educação desafiadora, um ato crítico de conhecimento, de leitura da realidade, de compreensão de como funciona a sociedade, a qual pode transcender o nível da escola até precisamente no interior dos movimentos sociais e na intimidade destes movimentos (que aqui se situam os CSs) se têm aspectos da educação libertadora que algumas vezes não são percebidos (Freire, 1986).

Desse modo, pensar no controle social na saúde, dentro do diálogo com o ensino na Residência Integrada em Saúde e a partir da perspectiva Gramsciana no que tange os conselhos de fábricas em suas possíveis comparações e

transposições temporais com os CSs pode ser útil para a compreensão da necessidade da maciça participação da sociedade civil nesses espaços e no controle das políticas administradas pelo Estado. O que implica, entretanto, uma tarefa desafiadora para os residentes trabalhadores de saúde, e a participação desses no referido processo pode contribuir de forma a desenvolver atividades de educação junto às equipes de saúde para fomento desse espaço, uma vez que tais trabalhadores e residentes estão em contato diário com a população usuária. Possibilitando, assim, o descobrir de uma consciência crítica, que possa preocupar-se com a defesa dos interesses voltados para melhores condições materiais e sociais de vida. Para tal, vale destacar novamente a importância da pesquisa realizada, servindo como instrumento técnico para os referidos trabalhadores de saúde.

Tal diálogo também pode ser visto na análise proposta dos relatórios que os residentes apresentam ao eixo de HCCS do programa de Residência da ESP. A partir das escritas trazidas acerca do tema do controle social na saúde é possível, embora não suficiente, conhecer e reconhecer o que os trabalhadores da saúde (residentes) sabem sobre o tema e, a partir desse reconhecimento, delinear as metodologias de trabalho com essa temática, a qual é preconizada em uma das diretrizes do SUS.

Diante do exposto tornou-se possível e relevante a pesquisa, a partir do referencial citado, uma vez que foi sob essa luz referencial que buscamos elementos para analisar a participação da sociedade civil junto ao SUS através dos CSs, bem como auxiliar na compreensão do controle social no campo da saúde em seu diálogo com a RIS.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa fez uso do método dialógico o que permite a reconstrução do movimento entre o controle social nos Conselhos de Saúde e na RIS, a partir de mediações teóricas e de categorias reflexivas.

Tal proposta metodológica, auxiliou no apreender sobre considerações dos CSs e sobre a conjuntura da pandemia Covid-19. E, a partir destes pressupostos, a análise do papel dos CSs, trazendo suas contradições e realizando as mediações necessárias ao desvendamento do produto esperado.

Foi realizada análise dos relatórios dos residentes egressos, os quais foram produzidos a partir da visualização das plenárias promovidas pelos CSs em tempos de pandemia Covid-19 que estiveram disponibilizadas publicamente na rede social "*Facebook ou youtube*".

Assim sendo, a produção da pesquisa se organizou da seguinte forma:

Etapa 1: A revisão de literatura sobre os temas: Controle Social; Sociedade Civil Participação Social no SUS, Conselhos de Políticas Públicas, CSs, Diálogo como prática de ensino aprendizagem, contemplando a perspectiva social crítica mencionado no referencial, a partir dos conhecimentos e estudos prévios, necessários no desenvolver do fazer profissional. As categorias analisadas foram: Controle Social, Conselhos de Políticas Públicas, CSs, Participação Social no SUS, atividade educativa para o ensino, Diálogo como prática de ensino aprendizagem.

Etapa 2 – Pesquisa documental / coleta de dados: leitura, seleção, classificação e organização dos relatórios produzidos no eixo (módulo) de HCCS, pelos residentes egressos da RIS do ano de 2020 e disponibilizados em rede informatizada.

Etapa 3: Análises dos dados a partir das categorias acima listadas seguido de interpretação das categorias para anunciar possibilidades de construção conceitual.

Etapa 4: Elaboração de material pedagógico para a atividade organizada via plataforma *moodle/esp* para os residentes profissionais da saúde do programa RIS, no eixo curricular controle social preconizado pelo Projeto Pedagógico do curso de Residência.

Etapa 5: Elaboração de Artigo Científico ou possível projeto de extensão via recursos da plataforma moodle da UFRGS.

4.1 TIPO DO ESTUDO

Caracteriza-se como estudo de natureza qualitativa, de caráter exploratório. A fim de atingir os objetivos propostos foi desenvolvido um estudo de caso, que, segundo Yin (2001, p. 32), “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real”. Caracteriza-se como um estudo aprofundado e exaustivo de um ou mais objetos de maneira a produzir conhecimento sobre este (Gil, 2016).

O estudo de caso representa uma investigação empírica e compreende um método abrangente, que envolve o planejamento, a coleta e a análise de dados e tem o objetivo explorar, descrever e explicar o evento ou fornecer uma compreensão profunda do fenômeno. Faz parte tanto estudos de caso único quanto de múltiplos, assim como pesquisas com abordagens quantitativas e qualitativas, (Yin, 2001). Nesse sentido, e por ser um método de pesquisa estruturado, que pode ser aplicado em distintas situações para contribuir com o conhecimento dos fenômenos individuais ou grupais, pode ser utilizado nesta pesquisa.

O autor ainda apresenta o estudo de caso como um sistema delimitado e enfatiza, simultaneamente, a unidade e a globalidade desse sistema. Concentra a atenção nos aspectos que são relevantes para o problema de investigação, em um determinado tempo, para permitir uma visão mais clara dos fenômenos por meio de no tempo uma descrição densa (Yin, 2001).

Na mesma linha, Gil (2002) aponta que o estudo de caso é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais, o qual consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento. O que por sua vez corrobora com a tipificação escolhida para o desenvolvimento desta pesquisa.

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA E PARTICIPANTES

Trata-se de uma revisão dos relatórios produzidos pelos residentes egressos

do ano de 2020, com o objetivo de, utilizando as categorias de análise, identificar as fragilidades e ou potencialidades, para bem de planejar e desenvolver estratégias para a qualificação do processo de tutoria. Dessa forma a coleta de dados se deu por meio do acesso a tais relatórios. A quantidade de relatórios possíveis de análise, nesse período, foi de 245 relatórios. Desses, foram selecionados apenas os que são frutos de três das plenárias e que foram e estão publicizadas na internet do total de Plenárias assistidas (7). O critério de escolha das plenárias foi as que estivessem disponibilizadas com ao menos 5 relatórios de egressos sobre cada uma delas. O acesso aos relatórios se deu pelo uso da técnica de ¹⁵“snowball”, a partir da lista de contatos de e-mail da tutora do eixo com egressos, mediante a indicação de nomes de colegas, até alcançar o conjunto mínimo de 15 relatórios redigidos no ano de 2020. Uma vez contatados por e-mail solicitando o aceite na participação e a assinatura do TCLE, e, e os textos escritos disponibilizados por parte dos autores no formato digital, e, assinado o Termo, o material passou a compor o banco de dados da pesquisa. Dos relatórios recebidos num total de 245, foram utilizados 15, analisados na quantidade de cinco acerca de cada plenária e até que as informações repetissem o conhecido e não apresentassem novidades.

Os critérios de inclusão para a escolha dos relatórios foram:

1. Terem sido produzidos a partir da visualização das plenárias realizadas de forma online, as quais são públicas e estão publicizadas pelos CSs em tempos de pandemia do Covid-19, em página para acesso público na internet.
2. O período a que se refere é de fevereiro a dezembro de 2020, período em que tais relatórios foram produzidos;
3. Consultados os seus autores, tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando o uso do Relatório, para essa pesquisa.

Foram excluídos:

1. Os relatórios oriundos de plenárias realizadas em outros períodos de

15 – termo em inglês que se refere a expressão bola de neve. Técnica em que os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, e assim sucessivamente, até que seja alcançado o ponto de saturação, ou seja, as informações coletadas não apresentem mais novidades. É uma forma de amostra não probabilística que utiliza cadeias de referência (Baldin, 2012).

tempo, mesmo que se relacionem com o tema;

2. Os relatórios não cedidos pelos autores, egressos da RIS, para uso específico da pesquisa.

4.3 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados por meio do método de análise de conteúdo, proposta por Bardin (1977) que define como

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Ainda, Segundo o autor tal análise possui três momentos:

1. Pré-análise – determina-se os documentos que constituirão o "corpus" a ser analisado (as observações livres, os relatórios, assistir as plenárias).
2. Exploração do material – Codificação e categorização utilizando critério semântico (significativo), construindo desta forma categorias temáticas adequadas ao tipo de análise que realizaremos, para além das categorias aprioristicamente estabelecidas;
3. Tratamento dos resultados – Inferência e a interpretação: é a fase baseada na reflexão, na intuição, com embasamento teórico e nos materiais empíricos. Confronto entre o conhecimento acumulado e o adquirido.

O roteiro utilizado para a análise dos relatórios utilizou as seguintes questões:

– Que tipo de conhecimento os residentes trouxeram na sua escrita: – cópias/ reprodução das escritas leis; interpretações autorais ou que replicam outros autores; articulação com o campo de atuação profissional.

– Quais foram os principais e os destaques relevantes trazidos das plenárias.

– Como avaliaram o papel dos conselhos de saúde.

– Caracterização de uso das tecnologias digitalizadas.

– Quais os conceitos de: SUS, Saúde coletiva, Controle Social na Saúde, Conselho de Saúde, Educação em Saúde.

Neste confronto surge o novo, o inédito e o viável com base no *corpus*

construído no processo da pesquisa.

4.4 RECOMENDAÇÕES SOBRE ÉTICA NA PESQUISA

A pesquisa é considerada uma pesquisa documental, no que tange aos registros/relatórios dos residentes, os quais compõem o acervo da tutora responsável – mestranda, disponibilizados pelos autores. Por esse motivo, e por se tratar de uma pesquisa que não realizada diretamente com seres humanos, não se faria necessário a submissão para avaliação junto aos comitês de ética. Nesse sentido, podemos destacar o parágrafo único da resolução CNS510/2016 onde menciona:

Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:
(...) II **pesquisa que utilize informações de acesso público**, nos termos da Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011. (...).
VII – pesquisa que objetiva o aprofundamento teórico de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, desde que não revelem dados que possam identificar o sujeito e
VIII – **atividade realizada com o intuito exclusivamente de educação**, ensino ou treinamento sem finalidade de pesquisa científica, de alunos de graduação, de curso técnico, ou de profissionais em especialização.

No entanto, os parágrafos 1 e 2 do inciso anterior mencionam que:

§ 1º Não se enquadram no inciso antecedente os Trabalhos de Conclusão de Curso, monografias e similares, devendo-se, nestes casos, apresentar o protocolo de pesquisa ao sistema CEP/CONEP;
§ 2º Caso, durante o planejamento ou a execução da **atividade de educação, ensino ou treinamento surja a intenção de incorporação dos resultados dessas atividades em um projeto de pesquisa, dever-se-á, de forma obrigatória, apresentar o protocolo de pesquisa ao sistema CEP/CONEP**

Sendo assim, por essa razão, foi submetido ao CEP/UFRGS, uma vez que vislumbra-se também a partir desta pesquisa a produção de artigo científico, como forma de divulgar os achados que podem ser extraídos dos relatórios no formato de vinhetas narrativas. Aprovada, portanto, sob o parecer consubstanciado de número 5.308.636, emitido pelo CEP da Pró-Reitoria De Pesquisa da Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul – Propesq UFRGS. Além disso, figurou como copartícipe a Escola de Saúde Pública, a qual também aprovou, emitindo o parecer consubstanciado de número 5.350.410, através da avaliação do CEP da referida instituição. Ambas aprovações tramitaram por um período de mais de 13 meses sendo deferidos apenas em 14 de abril de 2022, o que representa um tempo

precioso à espera da liberação para a consulta ao material.

No desenvolvimento da pesquisa junto com a etapa de coleta de dados foram apresentados aos sujeitos – que tiveram seus escritos indicados para a utilização na forma de vinhetas narrativas – o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, que por eles foi assinado, de modo a demonstrar a sua anuência individual, garantindo, a preservação do sigilo, a não divulgação dos dados pessoais, ou a identificação nominal dos autores. Mesmo não havendo pesquisa direta com eles (seres humanos), para bem garantir as implicações éticas, bem como com o objetivo de deixar claro que não há nenhuma referência ou citação a nomes que possam identificá-los ou identificá-las. No TCLE autores dos Relatórios foram informados sobre os riscos e benefícios da pesquisa e sobre a possibilidade de não autorizarem o uso para este fim, ou seja, da retirada deste material a qualquer tempo do rol de dados da pesquisa.

- a) **Riscos:** a pesquisa envolveu riscos de gradação baixa, à medida que não foi realizado pesquisa direta com os residentes e sim sobre algo já produzido e utilizado para fins de planejamento qualificado das tutorias e produção de artigo científico para socialização desse processo. O que poderia talvez ser classificado como risco é um possível constrangimento de cunho subjetivo do residente em negar a autorização do uso do material, o que não foi o caso quando da solicitação dos TCLEs. Classifica-se também como gradação baixa em razão de envolver os relatórios já avaliados e aprovados, pois trata-se de residentes egressos e, portanto, não apresentam mais uma relação “hierárquica” de tutor/residente. O que, quanto a isso garante o respeito ao capítulo IV da *Resolução CNS510/16, confidencialidade: é a garantia do resguardo das informações coletadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada*, Desta forma há a garantia da não divulgação dos nomes constantes nos relatórios, bem como todo o possível para deixar a escolha à vontade e a critério do autor ou autora consultados. E, se mesmo assim, tivesse a ocorrência de qualquer constrangimento mencionado e ou, percebido pela pesquisadora, essa se compromete a esclarecer dúvidas e ou, esclarecer o que porventura esteja gerando o constrangimento, fornecendo um diálogo aberto e harmônico com viés para a escolha que lhe melhor

couber ao autor/a. E, ainda se, esse/a, não desejassem autorizar o uso do material, ficariam a vontade em negar, ficando, impedida, a pesquisadora de usufruir de vinhetas narrativas desse relatório consultado. No entanto, esses possíveis constrangimentos, não ocorreram até o momento da conclusão desta escrita.

- b) **Benefícios:** Os benefícios da efetivação desta pesquisa para a comunidade de tutores em residência em saúde que trabalham no âmbito da pesquisa e para a categoria profissional dos trabalhadores da saúde foram: qualificação das atividades do eixo controle social, fortalecimento dos CSs, divulgação científica desse processo de qualificação, alçando e consolidando a RIS da ESP como incentivadora da qualificação do trabalhador da saúde e do SUS.

5 DISCUSSÃO E RESULTADOS

Na busca dos resultados foram acessadas e utilizadas como base para análises três plenárias, as quais ocorreram no período inicial da pandemia entre fevereiro e julho de 2020.

A Plenária 1 do dia 14/02/2020, transmitida de forma online e publicizada no canal oficial (YouTube) do Conselho Nacional de Saúde (CNS)¹⁶. Trata-se da Reunião ordinária, a qual também pautou a recente situação da pandemia Covid-19. O Secretário de Vigilância em Saúde, Wanderson Kleber explicou o que se sabia até então sobre o coronavírus e apresentou as medidas tomadas pelo Ministério da Saúde. Expôs a preparação e resposta às emergências e desastres.

A Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde trouxe relatos de como estava sendo a conduta nos demais países, com destaque para China e Coreia do Sul. Rivaldo Venâncio da Cunha (Coordenação de Vigilância em Saúde e Laboratórios de Referência – FIOCRUZ) contextualizou o papel do SUS no enfrentamento da pandemia e relatou as potencialidades e fragilidades do sistema. Após foi aberta rodada de falas e perguntas, oportunizando o posicionamento dos conselheiros, que debateram a perspectiva enquanto CNS para o enfrentamento da epidemia.

A Plenária 2 do dia 18/06/20 que foi transmitida de forma online e publicizada no canal oficial do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS)¹⁷. Trata-se da reunião ordinária do pleno e trouxe como pauta a situação da pandemia no estado do RS, propondo a discussão sobre o sistema de bandeiras, implementado via decreto do governador e as estratégias de enfrentamento da pandemia. Além disso, as profissionais da secretaria de saúde apresentaram sobre os testes e expuseram aos conselheiros sobre as práticas de atendimento no que tange as notificações dos casos de suspeita de covid-19, sobre as praticas/protocolos para testagem, qual teste indicado de acordo com o período das

16 A transmissão na íntegra pode ser acessada pelo link: <<https://www.youtube.com/watch?v=Rpguv-PqJOw&list=PLQDftu04v51QDhDuHkL5xphktCra4e2DU&index=3&t=62s>>

17 A transmissão na íntegra pode ser acessada pelo link: <<https://www.facebook.com/ConselhoEstadualdeSaudeRs/videos/920758761758646>>

manifestações dos sintomas. Apareceram, também por parte dos conselheiros, diversas dúvidas, críticas e reflexões sobre o modo que a secretaria definiu as ações de combate ao vírus, principalmente no que se refere aos profissionais de saúde. Nesta plenária online ocorreram diversas interrupções, justificadas por conta da conexão frágil da internet.

A Plenária 3 do dia 02/07/20 transmitida de forma online e disponibilizada no canal oficial do CES/RS¹⁸, teve como pauta a política do estatuto do idoso e as recomendações de plenárias virtuais para os Conselhos Municipais de Saúde, inclui a de que cabe aos gestores garantir a estrutura para o acontecer dessas plenárias. Aborda-se também os efeitos da pandemia na rede de atenção à saúde e desafio das redes essenciais em tempos de pandemia.

As plenárias ao serem sugeridas para atividade de formação tiveram perguntas tidas como “perguntas disparadoras” com o intuito de instigar a reflexão, as quais estão descritas no quadro a seguir.

Quadro 1 – Momentos/Atividade em que as perguntas foram lançadas para a produção dos relatórios após assistirem a plenária

Plenária	Momento/Atividade da elaboração da pergunta	Perguntas disparadoras para os residentes
Plenária 1 do CNS 14/02/20	Pergunta e planejamento da atividade realizados no dia 25/05/20 – momento que haviam ¹⁹ 452.031 óbitos registrados por covid-19, em âmbito nacional. Apresentando uma curva crescente no número de óbitos.	Diante do exposto sobre a pandemia coronavírus e da fala do presidente do CNS, como você avalia a participação do SUS como sistema público de saúde, principalmente no que tange à vigilância em Saúde? Como os CSs se colocam nesse processo? Quais estratégias utilizadas pelo CNS, podem ser destacadas?
Plenária 2 do CES/RS 18/06/20	Pergunta e planejamento da atividade realizados no dia 24/07/20 – momento que haviam ²⁰ 1494 óbitos registrados por covid-19, em âmbito estadual no RS. Apresentando uma curva crescente no número de óbitos.	Como você avalia o posicionamento do CES com relação ao sistema de bandeiras implementado pelo governo do RS? Como tal sistema reflete na sua vivência no campo de atuação enquanto residente e como você avalia a resolução encaminhada pelo Controle Social no combate à epidemia?

18 A transmissão na íntegra pode ser acessada pelo link:

<<https://www.facebook.com/ConselhoEstadualdeSaudeRs/videos/2311824365779995>> e na continuação

<<https://www.facebook.com/ConselhoEstadualdeSaudeRs/videos/2654751424776854>>

19 Ministério da Saúde. Painel coronavírus. **Óbitos acumulados de COVID-19 por data de notificação**. disponível em <<https://covid.saude.gov.br>> acesso em out. de 2021

20 _____. Óbitos acumulados de COVID-19 por data de notificação/identificação por UF. disponível em <<https://covid.saude.gov.br>> acesso em out. de 2021.

<p>Plenária 3 do CES/ RS 02/07/21</p>	<p>Pergunta e planejamento da atividade realizados no dia 31/07/20 – momento que haviam ²¹1876 óbitos registrados por covid-19, em âmbito estadual no RS. Apresentando uma curva crescente no número de óbitos.</p>	<p>Como você avalia o quadro (biopsicossocial) de saúde a nível estadual, que já se apresentavam precarizados pela ausência de políticas públicas, agora agravadas pela pandemia covid-19? Qual sua percepção acerca da negligência das autoridades com relação às políticas de saúde – agravada pela pandemia, a política atual de combate à pandemia e, o posicionamento do controle social diante da situação e conjuntura, bem como o questionamento feito sobre “vencermos a guerra contra o covid-19”?</p>
---	--	--

FONTE: Ronsoni, 2022.

As referidas plenárias, sendo uma de caráter nacional e duas estaduais, foram assistidas pelos residentes, no período de sua realização, que após redigiram relatórios abordando o conteúdo nelas discutido, bem como utilizando-se da pergunta proposta para disparar a reflexão. Relatórios, esses, que figuraram como principal objeto desta pesquisa. No total foram 245 relatórios consultados, dos quais como indicação na metodologia *snowball*, chegamos há 15 relatórios analisados em seu conteúdo. Na identificação das vinhetas que trazemos, é utilizada a letra “R” seguida de um número arábico, que tem como significado apenas identificar a ordem em que o relatório está distribuído, ou seja, a letra “R” de Relatório e o numeral indicando a ordenação. Para a análise do conteúdo trazido nesses relatórios objetivamos investigar que tipo de conhecimento os residentes trazem em suas escritas: * cópias/reprodução das escritas leis; * interpretações autorais ou que replicam outros autores; * articulação com o campo de atuação profissional.

Além disso, também esteve no horizonte a identificação de quais tópicos principais e quais os destaques relevantes trazidos das plenárias; como avaliaram o papel dos CSs; a caracterização de uso das tecnologias digitalizadas e quais os conceitos de: SUS, Saúde coletiva, Controle Social na Saúde, Conselho de Saúde, Educação em Saúde.

Ao analisar os relatórios, das plenárias dos CSs, realizados pelos residentes é possível reconhecer uma recorrente interpretação autoral do próprio(a) residente sobre o papel dos CSs, bem como leituras críticas sobre a realidade conjuntural trazida nas plenárias assistidas. Mostram conhecimento acerca dos princípios e

21 Óbitos acumulados de COVID-19 por data de notificação/identificação por UF. disponível em <<https://covid.saude.gov.br>> acesso em out. de 2021.

diretrizes do SUS, marcando o princípio da universalidade e o papel fundamental do SUS para o enfrentamento da epidemia causada pelo coronavírus, bem como o papel importante do conselho de saúde para a exigência, divulgação e legitimação do direito constitucional à saúde. Nas narrativas trazidas vale destacar:

R1 – “O SUS através da vigilância epidemiológica, teve o ‘privilégio’ da informação chegar antes do vírus, o que possibilitou a adoção de medidas preventivas e preparo prévio para enfrentamento. **Isso só foi possível pois temos um sistema de saúde público universal estruturado no país**” (grifos nossos)

R2 – “a participação do SUS **como sistema público de saúde** na área da vigilância, é essencial na qualificação do monitoramento, quadro epidemiológico, notas técnicas e demais ações na prevenção e contingenciamento do coronavírus.” (grifos nossos)

R3 – “O SUS tem uma organização forte, diretrizes e princípios claros estabelecidos em legislações e o seu funcionamento está **baseado principalmente na prevenção e promoção em saúde**. Dentro dessas, está a pesquisa, **educação em saúde**, vigilância, etc. Essas diversas facetas atuantes do SUS, que são autônomas, independentes, mas que funcionam de forma coletiva, como se fosse um quebra cabeças, o colocam como primordial para o enfrentamento da pandemia por COVID-19. A preocupação do CNS, em fevereiro, de tratar a temática em debate, quando o que se anunciava era que a epidemia ficaria contida no território chinês. **Repercutem o quão estruturado é o SUS** e que se existe um problema na saúde brasileira ele não deriva desse sistema e seus profissionais. Fato que, se tivessem sido seguidas as orientações do CNS, atualmente não estaríamos com mais de 100 mil mortos. O papel do CNS foi importantíssimo, se colocou desde esse primeiro momento como controle social, utilizando a plenária para informar a população, em contracorrente do que o governo federal estava fazendo. Portanto, se posicionando firmemente em tratar a questão com a seriedade necessária.” (grifos nossos)

R4 – “é que uma pandemia mede a capacidade de resposta do sistema de saúde implantado em um país. **No caso do Brasil, a saúde como um direito universal garantido pela Constituição Federal**, tendo como modelagem para a gestão e a oferta de serviços de saúde o SUS, nos colocava de certa forma com recursos sistêmicos adequados para o enfrentamento da pandemia.” (grifos nossos).

R5” – O SUS, enquanto sistema de saúde, universal e público, apresenta em seu formato estrutura de qualidade para o enfrentamento da pandemia, desde seu início”

Os recortes apontados mostram o valioso conhecimento que os residentes/trabalhadores da saúde possuem acerca do SUS, uma vez que ao apreenderem –

das plenárias assistidas – as falas que reforçam o papel do SUS para o enfrentamento da epidemia vivenciada, dialogam com o que possuem de conhecimento e com vivências junto ao trabalho no SUS. Fazem uma relação interessante do princípio da universalidade como um dos pilares que conferem robustez ao sistema de saúde. Este princípio permite o atendimento irrestrito das demandas de saúde, pois determina que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde, atendimento esse fundamental diante do cenário pandêmico da atualidade.

Trazem também uma relevante crítica aos ataques sofridos pelos últimos governos nas esferas estadual e federal e destacam o papel do controle social para frear tais ataques, os quais ficam evidentes diante da conjuntura pandêmica.

R4 – “Contudo, o SUS sempre sofreu ataques ao seu financiamento. Os mais recentes vêm acontecendo desde 2016, em especial com a EC nº 95/2016, que congelou os gastos das políticas públicas no Brasil por vinte anos”

*R1 – “Exigem também medidas que impactam na atividade econômica do país (quarentena / lockdown), investimentos financeiro privilegiado em áreas estratégicas como a vigilância em saúde (análise e planejamento), a **atenção primária (prevenção)** e a atenção terciária (equipamentos de alta complexidade para manejar as complicações da COVID-19) e, para que tudo isso ocorra, orientação e ação COORDENADA dos órgãos competentes; o que infelizmente não está posto no momento, pois a liderança do país (presidência e aliados) aposta as vidas dos trabalhadores em nome de não prejudicar a lucratividade dos empresários. Devido a essa contradição e às divergências políticas advindas dela, o SUS não pode atingir a plenitude das suas potencialidades, nem mesmo no âmbito da vigilância em saúde (grifos nossos).*

R5 – “Muito se vê que as gestões estão cada vez mais distantes da realidade da população, valorizando mais o crescimento econômico do que a produção de vida da população”

Sendo assim, os residentes, além de demonstrarem conhecimento sobre o SUS e seu fundamental papel no enfrentamento da pandemia, dialogam com a concepção de saúde ampliada, defendida pelos espaços e instâncias de controle social, ao mencionarem a importância da prevenção de doenças e a prevenção da contaminação viral, através do trabalho da atenção primária em saúde. Realizam isso trazendo suas vivências junto aos campos em que atuam.

Realizar a análise teórica e reflexiva sobre a atividade a partir da própria prática amplia as possibilidades de melhoramento desses procedimentos, ou seja,

estabelecer o diálogo com o concreto a partir do que ele nos traz pode potencializar a atuação junto a essas realidades. Daí a importância da realização deste diálogo como conduta analítica proposta no referencial teórico desta pesquisa.

Nesse sentido, nos relatórios analisados identifica-se, que os residentes se preocuparam em fazer articulação com o campo de atuação profissional, ou seja, a relação daquilo que se escutava nas plenárias com aquilo que se operacionaliza junto ao campo de atuação, enquanto trabalhadores de saúde em processo de formação em residência.

Dos 15 relatórios analisados, 6 trouxeram essa relação, valendo destacar:

R3 – *“Me questiono se os usuários que atendo conhecem e acreditam no CNS? Se procuram saber sobre as moções dos conselhos? Questiono também **o quanto incentivo essa busca através das minhas intervenções, bem como se demais trabalhadores do SUS se implicam nesse processo**”.*(grifos nossos)

R6 – *“Todos os dias no campo havia uma discussão intensa sobre a necessidade de testagem nos trabalhadores da saúde. Dúvidas partiam de todas as equipes e a gerência via-se em uma situação difícil para responder todos os questionamentos, já que não havia maiores explicações aos trabalhadores da gerência a respeito das medidas decididas pela SMS e pela SES. Nesse sentido, **pude contribuir modestamente com os conhecimentos do núcleo de farmácia, e o visto nas plenárias assistidas a respeito das metodologias de teste e comparação entre elas para qualificar os debates ocorridos nas reuniões de gerência.**”*(grifos nossos)

R8 – *“Torna-se um sistema frágil também pela subnotificação, **ao exemplo do setor dos surtos do COVID, em que fiz o estágio da vigilância em saúde, algumas regiões de saúde com muitos surtos estavam em bandeira laranja, como o contrário também ocorria, regiões com bandeira preta sem surtos** (sendo que para se considerar surto é necessário apenas 2 pessoas sintomáticas na mesma empresa, presídio, ILPI, etc). Cabe ressaltar que algumas pessoas ficam com sequelas meses após a doença, precisando de internação posterior (mesmo tendo sintomas leves no período de contaminação), relatos que obtive quando fiz o monitoramento com os usuários que testaram positivos, através do estágio na gerência distrital.”*(grifos nossos)

Diante dos recortes aqui destacados pode-se observar que os residentes fizeram a relação entre as temáticas trazidas nas plenárias e o seu fazer profissional enquanto trabalhador de saúde residente, pois ao trazerem suas interpretações sobre os fatos abordados na plenária articularam com o campo de trabalho que estavam desenvolvendo no processo de formação em residência.

Tais recortes permitem também identificar o diálogo entre os apontamentos

realizados nas plenárias (principalmente pelo conjunto de conselheiros), a realidade vivenciada pelos residentes nos campos de formação e, um questionamento sobre o seu papel, enquanto trabalhadores da saúde, para a contribuição e ou fomento dos espaços de controle social na saúde; *“Questiono também o quanto incentivo essa busca através das minhas intervenções, bem como se demais trabalhadores do SUS se implicam nesse processo”* (Relatório 3).

No entanto, esse quantitativo de apenas seis relatórios que trouxeram a articulação com a prática, sugere talvez uma dificuldade em reconhecer a interface do seu trabalho com o trabalho do controle social, ou seja, em que medida os temas debatidos nos espaços de controle social na saúde, se estendem para a prática profissional dos trabalhadores da saúde? E, nesse sentido, há que se questionar sobre o papel da tutoria enquanto mediadora desse processo de reconhecimento, dessa relação entre tais espaços com o cotidiano miúdo do trabalho desenvolvido no campo da saúde, enquanto trabalhadores residentes. Exemplificando: O residente, enquanto trabalhador da saúde, lá na unidade de saúde onde está inserido, quando orienta o paciente – em tempos de pandemia – a usar máscara de proteção, álcool em gel e evitar aglomeração, a efetivação do orientado é possível? Este usuário tem sua segurança alimentar garantida, de forma a não necessitar tomar o transporte coletivo (aglomeração) para se deslocar até seu trabalho? A relação do debatido nos CSs com o vivido no trabalho é realizada? Ou seja, quando o CSs aborda essas questões o profissional de saúde identifica a relação das problematizações trazidas nos espaços das reuniões de plenária ao reconhecer os apontamentos realizados nas plenárias de que as orientações prestadas ao paciente se tornam, em muitos casos, inescusáveis diante das condições impostas ao usuário/trabalhador?

O residente, também enquanto trabalhador da saúde, inserido no campo da vigilância em saúde, por exemplo, ao se deparar com os índices baixos de vacinação, é capaz de reconhecer a problematização desse fato quando trazido nos debates e discussões nas plenárias dos CSs?

Sendo o objetivo da formação em residência desenvolver o pensamento reflexivo a partir da prática profissional, estaríamos acertando na condução da tutoria deste eixo? A pergunta norteadora para análise das plenárias abordou e ou buscou instigar o (a) residente a realizar a articulação com sua prática profissional?

As respostas desses questionamentos podem nos ajudar a refletir sobre o papel da tutoria junto a este eixo transversal (controle social na saúde), a medida que fica evidente a importância de uma orientação e ou direcionamento que conduza para aquilo que se vislumbra estar presente como objeto da reflexão e que, por óbvio, vá ao encontro da proposta pedagógica da RIS.

Daí vale retomarmos ao referencial teórico abordado nesta pesquisa, reforçando o diálogo crítico que pode ser capaz de investigar a própria realidade na qual residentes e tutores se veem inseridos e, se colocam para além de meros observadores das plenárias dos CSs.

A aceitação desse diálogo dialético do ensino e aprendizagem passa pelo reconhecimento do viés político dos espaços coletivos, como os CSs (por exemplo) e como já apontado por Gramsci – quando da análise dos conselhos de fábrica na Itália, bem como pelo reconhecimento que um educador é também um sujeito político. Freire (1986) nos mostra isso mencionando que embora a educação apresente limitações no que tange à transformação social, se coloca como importante para identificar as reações do poder que perpassam o tecido social e tal identificação pode auxiliar na construção e no entendimento da relação do trabalho, enquanto residente e aquilo que o controle social na saúde reivindica.

O papel de reivindicadores operado pelos CSs, no que tange à consolidação do SUS e seu fundamental papel no enfrentamento da epidemia vivenciada atualmente, esteve bastante presente nos relatórios analisados. Identificada a presença desse reconhecimento de papel em 09 dos 15 relatórios descritos pelos residentes, com destaque para:

R1 – “Sobre a atuação dos Conselhos de Saúde nesse contexto, acredito que alguns (como o CNS e o CMS-Poa) estão cumprindo com um **importante papel de levar as informações técnicas de qualidade à população e debates enriquecedores através das lives**” (grifos nossos).

R2 – “Neste processo, possuem um **papel importante na interlocução com os conselhos municipais, estaduais e demais atores envolvidos (OPAS, Fiocruz, etc)**” (grifos nossos).

R3 – “Fica explícito a **defesa que os convidados fazem do SUS e o apelo para que as decisões de governança sejam realizadas em conjunto com os Conselhos, FIOcruz, alinhado com união, estados e municípios, de modo que, se operacionalizem, seguindo a organização do SUS, por acreditar ser um modelo fortalecido de enfrentamento às ameaças da saúde coletiva.**”

“A preocupação do CNS, em fevereiro, de tratar a temática em debate,

*quando o que se anunciava era que a epidemia ficaria contida no território chinês. Repercutem o quão estruturado é o SUS e que se existe um problema na saúde brasileira ele não deriva desse sistema e seus profissionais. Fato que, se tivessem sido seguidas as orientações do CNS, atualmente não estaríamos com mais de 100 mil mortos. O papel do CNS **foi importantíssimo, se colocou desde esse primeiro momento como controle social, utilizando a plenária para informar a população**, em contracorrente do que o governo federal estava fazendo. Portanto, se posicionando firmemente em tratar a questão com a seriedade necessária”*

“Não se pode avaliar o papel do conselho apenas a partir dessa data, pois como é dito durante a plenária o acompanhamento ágil da VS foi embasado pela Política Nacional de Vigilância em Saúde, construída principalmente pelo controle social. O que caracteriza um espaço que a longo prazo tem resistido aos ataques e fortalecido o SUS, por ser deliberativo, participativo e também avaliativo” (grifos nossos).

*R11 – “Acredito que o **papel do controle social está sendo de extrema importância, para provocar os gestores**, problematizar a situação e buscar sempre melhorias para esse momento, que necessita de urgência” (grifos nossos)*

Dessa forma, observa-se que a apreensão e interpretação sobre o papel do conselho de saúde transita principalmente em levar informação, na comunicação, na defesa do SUS e no papel primordial do conselho de saúde na construção do plano nacional de vigilância em saúde, setor estruturante na atualidade para enfrentamento e combate às epidemias.

Além disso, foram trazidos tais papéis identificados como a contribuição em:

- ❖ Elaborar e compartilhar recomendações ligadas covid-19;
- ❖ Promover ações que defendam o caráter público do sistema de saúde a partir de debates sobre a importância de uma saúde pública e universal;
- ❖ Proposta em formato de resolução que fornecem alternativas para o enfrentamento da situação pandêmica e,
- ❖ Também sobre a pertinente análise conjuntural realizada nos espaços de controle social.

Essas identificações foram bastante presentes, valendo destaque para:

*R4 – “Em destaque, o CNS passou, desde fevereiro deste ano, a elaborar e compartilhar **Recomendações diretamente relacionadas ao COVID-19, direcionando questões, em especial, para populações vulneráveis e profissionais da saúde, incluindo possíveis ações para os diferentes Programas de Residência em Área Profissional da Saúde**”.*

“(...) tendo em vista as tentativas dos governos, principalmente desde 2016, de privatização do SUS e de crescente desqualificação do sistema público, discurso que circula pela população, entende-se que cabe ao CNS promover ações que defendam o caráter público do sistema de saúde, no país, se colocando neste processo a partir da aproximação com a população, e de debates sobre a importância de uma saúde pública e universal. Neste sentido, aponta-se que o papel do Conselho de Saúde, neste momento de pandemia, é a prevenção da doença, a partir da articulação da rede de conselhos e o fortalecimento da rede de comunicação.”

R8 – “Acredito que o CES tem realizado tensionamentos importantes junto à secretaria de saúde, o caminho de realizar testagem em massa de trabalhadores é importante desde que realizado com qualidade e aliado a outras medidas efetivas, como o fechamento do comércio e demais estabelecimentos não essenciais em períodos de maior intensidade (...) e o CES tem acompanhado essas mudanças e se colocado na defesa dos usuários e do SUS.”

R9 – “Sobre as propostas de Resoluções do CES/RS para o combate à epidemia, no que se refere a testagem em massa de profissionais de saúde e anulação dos Decretos que estabeleceram o MDC, as mesmas pareceram adequadas, considerando se tratar de uma instância legítima para a pactuação e direcionamento das Políticas Públicas de Saúde”.

R13 – “Por isso, os encaminhamentos do CES são pertinentes frente ao questionamento de perder ou vencer a ‘guerra’ contra o COVID. Tenho convicção que o inimigo não é o COVID e somente contra ele que estamos lutando. Apoio às deliberações do CES sobre a revogação dos atuais decretos para uma nova construção de controle do vírus, isolamento de áreas não essenciais, garantia de barreiras sanitárias, testagens, busca ativa, proteção social para condições básicas, reestruturação produtiva para enfrentamento das questões de saúde, de forma que garanta a sobrevivência da população e evite o colapso do SUS”

R15 – “É interessante que a pauta sobre a pandemia inicie com uma contextualização rápida sobre a conjuntura. Esta crise sanitária é fruto de um sistema cada vez mais precarizado. A própria atenção básica já vinha, desde 2016 sofrendo mudanças drásticas no seu funcionamento, comprometendo toda a saúde da população e a atuação da rede de saúde. Obviamente, isto faz parte de um projeto político privatista e neoliberal, que não tem prioridade com as medidas de “bem-estar social”

Diante das abordagens trazidas nos relatórios fica evidente o interesse e a aproximação pertinente do trazido nos relatórios descritos pelos residentes com as prerrogativas preconizadas nas legislações e regulamentos que instituíram os espaços de controle social na área da saúde, uma vez que a maioria, cerca de 60% das escritas sobre o papel dos CSs transitaram ou se aproximaram do conceito e que referem ao desempenho dos CSs, mencionado na lei nº. 8142/90²².

22 Conselho de Saúde atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de

Os relatórios apontam essas estratégias e fazem referência ao desrespeito das resoluções deliberadas pelo CES/RS. Nesse sentido, vale a análise de que é pertinente o olhar para esse espaço como campo de disputas políticas e de contradições, podendo assim recorrer ao pensamento de Antônio Gramsci, que aborda a compreensão da sociedade civil como espaço de luta, de contato entre projetos de classes distintas em disputa de hegemonia.

Gramsci fez referência a que o controle social acontece na disputa entre as classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado (CORREIA, 2002). Tal concepção permite avaliar qual das classes alcançará o controle social, e a análise da correlação de forças num momento histórico.

Podemos, dessa forma, fazer uso dessa compreensão para pensarmos no direcionamento das análises e discussões propostas aos residentes, uma vez que, embora presente nas escritas trazidas nos relatórios sobre o papel dos CSs, identifica-se uma fragilidade ou pouco aprofundamento no que se refere a importância deste papel para a consolidação do SUS e – dentro do contexto atual – seu papel na contribuição de salvar vidas.

Ao trazerem para a cena do debate o desrespeito das autoridades governamentais sobre a deliberação do CES/RS no que se refere ao encaminhamento deste órgão para revogação do decreto que institui a metodologia de bandeiras como balizador da condução das ações de enfrentamento à epidemia, reconhecem a importância do direcionamento dado, repetindo: *“anulação dos Decretos que estabeleceram o Modelo de Distanciamento Controlado (MDC), as mesmas pareceram adequadas, considerando se tratar de uma instância legítima para a pactuação e direcionamento das Políticas Públicas de Saúde”* (Relatório 9) e ainda:

R13 – “Apoio às deliberações do CES sobre a revogação dos atuais decretos para uma nova construção de controle do vírus, isolamento de áreas não essenciais, garantia de barreiras sanitárias, testagens, busca ativa, proteção social para condições básicas, reestruturação produtiva para enfrentamento das questões de saúde, de forma que garanta a sobrevivência da população e evite o colapso do SUS” (Relatório 13).

Entretanto, aparece pouca análise no que se refere ao caráter político e de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art 1º § 2º da lei 8141/90).

disputa política que o espaço dos CSs opera. Nesse sentido, vale nos questionarmos sobre o papel da tutoria em estimular análises dessa ordem, para auxiliar o trabalhador da saúde no entendimento do duplo papel que esse profissional ocupa, o da aprendizagem e o da “ensinagem”, nas condições das relações políticas que se concretizam nas diferentes instâncias do Estado brasileiro.

Diante desses apontamentos trazidos pelos residentes, vale questionar também o papel da tutoria em proporcionar espaços que oportunizem o debate sobre o papel político dos CSs como barreira para o avanço da privatização do SUS, para além o papel político para o seu fortalecimento. Assim sendo é possível estimular as discussões transitando na ideia de que os espaços coletivos de discussão, tanto os CSs, como os oportunizados pelo processo de tutoria, têm o potencial de proporcionar a dialética do aprender e do ensinar. Isso numa espécie de ao mesmo tempo que “sou profissional a serviço da saúde, sou cidadão que usufruo dos serviços de saúde” (Caderno de pesquisa).

Daí brota a figura do(a) tutor(a) como mediador desse processo de ensino e aprendizagem. Um processo que eminentemente “exige disponibilidade para o diálogo” (FREIRE,1996 p.134), pois é no diálogo que uma sociedade se fortalece enquanto coletivo.

Além disso, o diálogo entre a residência – enquanto qualificação formativa de profissionais da saúde – pode colocar-se como um canal potente no fortalecimento dos espaços de controle social na saúde e que pode resultar na contribuição para a consolidação do SUS e a consolidação desse sistema como afirmação da democracia e por consequência como afirmação da vida em tempos difíceis de epidemia, que ao mesmo tempo que evidenciou o papel fundamental do SUS, desnudou o cenário de priorização do mercado da doença.

Dessa maneira, diante dos achados e das análises realizadas foi possível corroborar com a hipótese de que sim, é possível qualificar o ensino de saúde e as atribuições de tutores (as), no eixo obrigatório – HCCS – do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública, conforme as diretrizes do SUS, a partir de, e, pós contexto de pandemia. Para tal, dialogamos com os objetivos e os produtos apresentados como proposta da pesquisa realizada.

No objetivo de Estruturar, organizar e promover material pedagógico para o plano de ensino do eixo transversal de controle social do Programa de Residência Integrada em Saúde da ESP, com atividades como: oficinas, rodas de conversa, espaços de debates ou outros foi escolhido a modalidade de oficinas dentro das possibilidades e restrições que o contexto da pandemia nos impunha. Para tal, no entanto, foi necessário elaborar, primeiramente, o plano de ensino para a inserção do segmento de controle social de maneira qualificada como plano de ensino permanente. Tais ações desenvolvidas estão materializadas nos produtos que serão descritos no capítulo que segue.

6 PRODUTOS TÉCNICOS

O mestrado profissional em Ensino na Saúde “tem como missão capacitar profissionais que atuam no SUS para ações estratégicas (...)”. No intuito de atingir esta missão estimula a elaboração de produto técnico voltado aos serviços onde estão inseridos os mestrandos/trabalhadores da saúde.

Nessa direção e fruto desta pesquisa, os produtos foram pensados no sentido de reestruturar e qualificar a tutoria do eixo controle social e fortalecer a participação e conhecimento dos residentes acerca da matriz curricular do Projeto Pedagógico que versa sobre este tema. O que resultou na elaboração de material pedagógico para plano de ensino permanente, voltado para qualificação do ensino no seguimento de HCCS no programa de Residência Integrada em Saúde da ESP.

Procurou-se oportunizar o efetivo diálogo com uma das diretrizes do SUS que é a participação social, e com a orientação pedagógica do programa de Residência Integrada em Saúde – RIS, conforme Projeto Pedagógico cadastrado junto ao MEC. Além disso, buscou-se qualificar a formação dos residentes da RIS em tempos de pandemia do Covid-19 e também numa projeção pós/trans pandemia. Foram realizados: – a compilação de material didático de conteúdo acerca controle social e participação nos CSs; – a elaboração e edições de vídeos curtos que podem ser utilizados como disparadores de debates nas oficinas; – o material de divulgação do tipo “*folder*” e material tipo vídeo, *ambos* para estimular os residentes a fomentar a participação social junto aos conselhos locais de saúde.

Tais materiais foram organizados para as oficinas que se estruturaram em módulos num período de 2 anos (período da especialização em residência) a ser oferecido via plataforma moodle da ESP/RIS em tempos de pandemia e, em formato presencial no contexto pós pandemia. Para bem de uma melhor visualização segue um quadro que sucintamente apresenta os produtos elaborados. Na sequência do quadro cada produto será apresentado detalhadamente.

QUADRO 2: SÍNTESE DOS PRODUTOS ELABORADOS

Produto	Público alvo	Endereço de acesso	Outras formas de produção e divulgação
Plano de ensino estruturado	Residentes	Disponível para acesso dos residentes junto a plataforma moodle da ESP Para acesso geral Clique Aqui	Vídeo – Clique Aqui elaborado para acesso rápido
Oficinas	Residentes	Disponível para acesso dos residentes junto a plataforma moodle da ESP. Para acessar a estrutura planejada Clique Aqui	Fomento do CS na Saúde_ Dispositivo para debate.vídeo.mp4 Folder Conselho de Saúde.docx – documento aberto para contribuições
Livro Digital Interativo	Residentes, conselheiros, público geral	Disponível em plataformas de acesso gratuito e irrestrito (google drive) Clique Aqui	Após publicação disponível no site/biblioteca UFRGS e ESP/EtSUS
Possibilidade de curso de extensão	Público que se interessar	Plataforma moodle UFRGS	

FONTE: Ronsoni,2022.

Apresentação Detalhada dos Produtos

Produto 1:

Teve como primeiro produto deste percurso a elaboração de um plano de ensino para o eixo HCSS da RIS, o qual Consiste na organização e estruturação deste eixo obrigatório no curso de especialização da RIS oferecido pela ESP. Diante da situação vivenciada, foi avaliado que se faz de fundamental importância como primeiro passo para o intuito de reestruturação do referido eixo. Dessa forma, foi organizado e estruturado de acordo com as diretrizes do PP da RIS e com os conhecimentos adquiridos no trilhar deste mestrado.

Para acessar o Plano de ensino estruturado – [Clique Aqui](#) ou acesse no Apêndice 1.

Além do plano apresentado de forma estrita, foi elaborado um curto vídeo, que tem por objetivo explicar de maneira resumida do que se trata o eixo HCSS, sobretudo para apresentação aos residentes quando da semana de acolhimento realizada aos

recém-residentes ingressantes do curso.

Para acessar o vídeo elaborado para apresentação do eixo Horas Complementares de Controle Social [Clique Aqui ou na imagem](#)



Produto 2:

A elaboração do produto – oficinas – foi pensada com intuito de auxiliar no processo de ensino e aprendizagem sobre o controle social na saúde e, que para isso possamos criar espaços de exercício de participação para que os residentes possam se deparar com os instrumentos que se dispõem para o fomento da participação social junto aos seus campos de atuação/formação em residência. Se o objetivo é estimular a participação social, que possamos fazê-la no exercício da própria participação e na dialética construtiva e interativa do ensinar e do aprender coletivo.

A proposta metodológica, das oficinas, se efetiva no caráter híbrido de participação, utilizando a plataforma moodle da ESP e promovendo rodas de conversa e debate, de forma complementar e com intuito de exercitar o diálogo. As oficinas permanecem abertas constantemente para consulta e para debates junto a plataforma *moodle* utilizado na ferramenta "fórum" no conhecimento e na apresentação do que se trata o controle social na área da saúde.

A escolha pelo formato de oficinas como uma das metodologias desta atividade se coloca em razão da potencialidade que este formato possui para o exercício prático de alguma tarefa ou atividade laboral. No seu significado literal, o termo oficina, refere-se a um local de trabalho. Também relaciona à oficina como um local de encontros, entre os estudantes e/ou profissionais para a solução de problemas comuns. Por isso, também a realização de oficinas é acompanhada da proposta da metodologia da problematização, a qual pode ajudar como disparador

do debate realizado neste espaço. O termo oficina aliado ao treinamento tem como objetivo transformar em habilidade algum conhecimento previamente adquirido. Tal treinamento, a partir dessa perspectiva, requer informação, porém com predomínio da prática. Juntando a ideia original da oficina como espaço de prática, reporta-se aos ensinamentos de Paulo Freire que mencionam que ensinar é fazer o que se deseja ensinar.

Para acessar a estrutura e organização completa das Quatro Oficinas que contemplam o período de formação em residência de dois anos – [Clique Aqui](#) ou, acesse no Apêndice 2. Aqui vamos detalhar as oficinas já realizadas:

Oficinas I e II – realizadas via plataforma *moodle* da ESP na modalidade ERE (em razão da pandemia)

QUADRO 3 – OFICINA I: CONHECENDO E ENTENDO O CONTROLE SOCIAL NO SUS

A screenshot of a Moodle course page. The page title is 'RIS-Transversal-2021 - (R1 e R2) - Atividades de Controle Social'. The breadcrumb trail shows 'Página inicial / Meus cursos / Atividades de Controle Social'. The left sidebar contains a menu with 'Atividades de Controle Social', 'Participantes', 'Notas', and 'Geral'. The top navigation bar shows 'EaD ESP RS', 'PORTUGUÊS - BRASIL (PT_BR)', and the user name 'Eglé Angela Ronsoni'.

[Atividade 1 – Março](#)

Oficina I: Conhecendo e entendo o controle social no SUS

Carga Horária: 4 h

1-Entendo a história e seus desdobramentos

História da saúde pública



História dos Tributos



Para entender o Controle Social



Escritas que podem ajudar:

[para entender controle social saude](#)

[Manual para Entender o Controle Social na Saúde](#)

- **A1 – Oficina /Assinatura de participação**

- Para validar as horas de participação nesta oficina basta assinar, digitando o seu nome no campo.

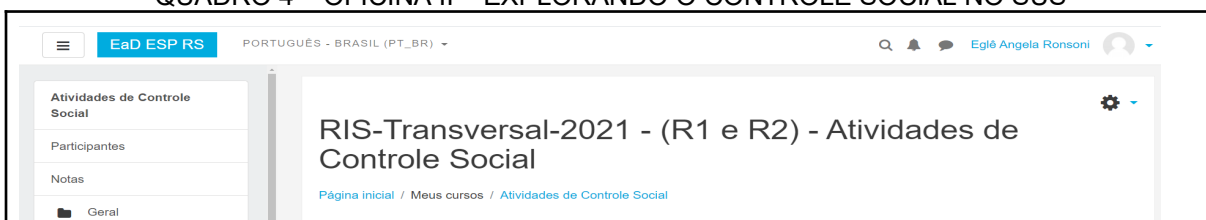


Fórum aberto para Debate

- Fique à vontade para inserir tópicos de debate e ou responder tópicos já iniciados
- Se você tem interesse em realizar discussões em pequenos grupos numa roda de conversa virtual preencha este formulário [Aqui](#)

FONTE: Ronsoni,2022.

QUADRO 4 – OFICINA II – EXPLORANDO O CONTROLE SOCIAL NO SUS

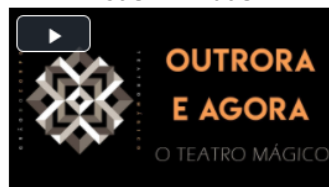


[Atividade 6 – Agosto](#)

Oficina II – Explorando o controle social no SUS

Carga Horária: 4 h

Boas – vindas:

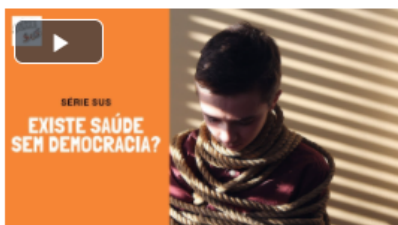


1.Acessando “conceitos base”

1.1.Democracia:



1.2. Existe saúde sem democracia?



2. Identificando as possibilidades e potencialidades

Fórum livre para discussão

O que você identifica como possível de ser realizado junto ao seu campo de atuação para construir ou fomentar a participação social? Há conselho local de saúde instituído?

Que tal este material para ajudar no incentivo e conhecimento da participação social no SUS, junto às unidades locais de saúde?

Disparador para o debate junto às unidades locais de saúde



[Fomento do CS na Saúde_ Dispositivo para debate.mp4](#)

[Folder Conselho de Saúde.docx](#) – documento aberto para contribuições

Repositório interessante para busca de material para divulgação e dispositivos de abertura de debates; [Série SUS](#)



Ideias e relatos.

- *Coloque ideias ou relatos de suas experiências que podem ajudar para o fomento do controle social local.*
- Obtivemos alguns registros de residentes que mostraram interesse em realizar uma roda de conversa virtual para discutir o tema. Em breve informaremos como será a dinâmica para este encontro virtual. Se você tem este interesse preencha este formulário [Aqui](#)

Registro da Participação

Agora que você conheceu e se familiarizou com os conselhos de saúde, através do seu trilhar até aqui, nos conte:

Como você avalia o controle Social na saúde do município onde você está realizando a formação em residência?

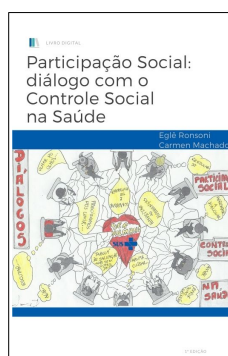
FONTE: Ronsoni,2022.

Produto 3:

Trata-se de um livro digital que tem por objetivo apresentar de forma interativa o controle social na saúde e como se efetiva a participação social no e para o SUS. Tal livro é denominado de interativo, porque em seu conteúdo há passagens por vídeos, músicas e algumas interações digitais como formulário de perguntas para o leitor(a) responder. Foi planejado com base nas oficinas realizadas, com objetivos desenhados a partir de cada parte desenvolvida, caso queira acessar o planejamento do livro [clique aqui](#).

O livro é uma versão simplificada, digital, com uma linguagem acessível dos produtos direcionados para a RIS da ESP e apresentadas no mestrado do programa de Pós graduação em Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da UFRGS que pode ser utilizada em distribuição irrestrita para todos e todas que tenham interesse pela temática, bem como pode ser utilizado como material pedagógico para o fomento dos conselhos locais de saúde e ou para o conhecimento dos conselheiros de saúde. Tal distribuição pode ser via redes sociais, como aplicativos de mensagens, e-mails, entre outros. A proposta do livro neste formato apresenta uma inovação ao operar um diálogo com o leitor(a) e as constantes edições que pretendemos realizar, uma vez que as respostas trazidas através dos formulários que estão dentro do livro, figurarão nas edições futuras e com essas respostas poderemos dialogar, melhorando e ampliando a discussão acerca do tema.

Para acessar o livro [clique aqui](#), ou acesse no apêndice 3 ou clicando na imagem que segue:



Produto 4: possibilidade para o futuro próximo

É possível também estender o conhecimento sobre a temática da participação social aos demais trabalhadores da área da saúde por meio da elaboração de curso de extensão via plataforma moodle da UFRGS e/ou outros ambientes virtuais.

Divulgação:

A divulgação realizada por meio dos suportes:

- Apresentação dos achados e dos produtos desenvolvidos junto ao Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) do programa da RIS;
- Apresentação do produto, material pedagógico para o plano de ensino tendo em sua metodologia a execução de atividades permanentes que trabalham o controle social como diretiva do SUS;
- Publicação de Artigo científico;
- Publicação de livro digital (e-book) que concatena as oficinas e oferecimento para o acervo da ETSUS/ESP

Serviços técnicos: relatório de pesquisa inserido junto a Plataforma Brasil como retorno do pesquisado junto à RIS da ESP e disponibilizado em Bibliotecas Públicas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Então cabe àqueles cujo sonho político é reinventar a sociedade, ocupar o espaço das escolas, o espaço institucional, para desvendar a realidade que está sendo ocultada pela ideologia dominante, pelo currículo dominante. (FREIRE, 1986 p.29).

É tomando emprestado os ensinamentos de Freire que escolhemos abrir a conclusão deste nosso trilhar. E ainda, é com a intenção declarada de trazer para a cena o aparente antagonismo entre as palavras “abrir” e “fechar/concluir”, que queremos concluir e ao mesmo tempo iniciar novos trilhares que, agora, serão percorridos com a bagagem mais recheada de aprendizados e de educação, de saúde, de educação e saúde. Um recheio que foi ganhando corpo de maneira dialética, num construir conjunto para e com quem trabalha/residentes na área da saúde da ESP/RS. No “vai e vem” do aprendizado e, sobretudo, na disponibilidade do aprender a partir da necessidade de desaprender para tornar a aprender. Do permitir, do diálogo e da escuta sensível e atenta, da ressignificação das coisas e das palavras que as representam ou as identificam.

A palavra “enfrentamento” e seu significado, por exemplo, foi uma das palavras que sofreu tal processo de ressignificação. Quando da manifestação dos residentes ao mostrarem o descontentamento com a condução do eixo transversal “controle social na saúde” da RIS, nos soou como uma colisão entre a prática dos tutores e o desejo dos residentes, como algo que procurasse enfrentar para “destruir”. Ao ressignificar tal interpretação – muito por meio dos ensinamentos adquiridos neste caminhar do mestrado profissional – a demanda dos residentes passou a provocar e motivou a promover a reestruturação deste eixo. Nesse sentido, ensinar não só exige disponibilidade para o diálogo – palavra que dá título a este trabalho – mas também exige humildade, tolerância e a apreensão da realidade (FREIRE, 1996).

Portanto, ficou evidente a importância de tal ressignificação a partir da apreensão da realidade, dado que na verdade tais “enfrentamentos” eram muito mais oportunidades de reflexão sobre as práticas do processo de trabalho enquanto tutora deste eixo, do que um enfrentamento no sentido de disputa em campos distintos de atuação. Eram as vozes e corpos ocupando o espaço da escola, da

instituição, no intuito de revelar a realidade oculta (ou não) de uma prática alienada e alienante operada pela ideologia dominante.

Nessa perspectiva, há que se mencionar que ensinar também exige a convicção de que a mudança é possível, pois a história pode ser vista como uma possibilidade e não uma determinação. Para mudarmos, podemos ensinar e produzir junto com os nossos alunos (FREIRE, 1996). Ao percorrer este caminho, foi possível fazer o entendimento de que o exercício prático daquilo que se pretende ensinar, certamente se coloca como um dos maiores desafios da prática do ensinar na, com e para a área da saúde. E, que, nas oficinas propostas e aplicadas neste percurso, a experiência revelou que por mais desafiante que seja tal metodologia, é a que melhor traz resultados daquilo que se pretende despertar – a criticidade analítica sobre o fazer profissional dentro do campo da saúde.

Realizar e operar mudanças por si só já se coloca como algo que implica muito trabalho, realizá-las num contexto de pandemia, então, beira o assustador. E ainda agravada por um contexto político que vem, desde o golpe jurídico parlamentar de 2016, ameaçando o estado democrático de direito e suas árduas conquistas históricas. Conquistas essas, sobretudo, no campo da saúde.

Na contramão dessas conquistas o desmonte do SUS ganhou ainda mais força nos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro com a aprovação, respectivamente, da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016, que congela o teto dos gastos com saúde por 20 anos, baseado nas despesas de 2016 (BRASIL, 2016) e a Portaria nº 2.979/2019, que instituiu o Programa Previne Brasil²³, estabelecendo um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2019). A manutenção dessa E.C. em meio a uma pandemia é declaração do descaso com a saúde da população, uma vez que a atenção primária à saúde é de fundamental importância para o enfrentamento eficaz, eficiente e efetivo em um contexto de epidemia.

A conjuntura toma maior gravidade ao somar a condução catastrófica das autoridades governamentais orquestradas pelo atual presidente da república que, declaradamente em pronunciamento em rede nacional de televisão minimizou e

23 O novo modelo opera o financiamento de acordo com a captação ponderada, que leva em conta a população cadastrada nas unidades de saúde e não mais a população total da área estimada pelo IBGE, diminuindo os recursos disponíveis para o gestor municipal.

hostilizou os riscos da propagação do vírus covid-19 ²⁴, mostrando a prioridade econômica em detrimento da vida das pessoas.

Os espaços de controle social da saúde – os CSs – em suas plenárias denunciaram a referida conduta errática adotada pelo “inominável” presidente da república, beirando até ser um atentado contra a vida da população. Tal leitura também foi apreendida dos relatórios dos residentes trabalhadores da saúde da RIS/ESP, de maneira que esta pesquisa, alcançou seu objetivo, pois possibilitou a compreensão do processo de ensino na saúde junto à tutoria do eixo “HCCS da RIS/ESP”. Possibilitou, também, identificar o papel dos CSs e as ações dos diversos representantes dos usuários do SUS nas plenárias *on-line*, no contexto de aprendizagens na pandemia Covid-19. Um papel eminentemente necessário para a cobrança e efetivação das políticas de saúde, bem como o papel de frear os avanços das garras do mercado sobre as políticas de saúde, as quais garantem a saúde como direito e não como mercadoria.

Além disso, os objetivos propostos nesta pesquisa foram alcançados, evidenciando a qualificação na tutoria do eixo HCCS por meio da elaboração dos produtos: da estruturação, organização e promoção de material pedagógico para o plano de ensino do eixo de controle social do Programa de Residência Integrada em Saúde da ESP, bem como a realização de oficinas que fomentaram e seguem fomentando espaços de debates sobre a importância do controle social na área da saúde para a afirmação e consolidação do SUS.

Dentro dos limites de uma pesquisa dentro de um curso de mestrado e embora seja indicado uma pesquisa (futura e ou constante) mais ²⁵ precisa no que tange à avaliação de resultados, foi possível identificar que o trabalho desenvolvido através dos resultados produzidos neste percurso (oficinas, estruturação do plano de ensino e livro digital), puderam auxiliar no referido processo de formação dos residentes, dado que oportunizou o acesso aos conhecimentos acerca da importância da participação social no e para o SUS, bem como oportunizou debates sobre o papel da participação social como diretriz do sistema público de saúde.

24 Pronunciamento disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=zuBs0NVr-70>>

25 Como por exemplo, uma pesquisa que possa identificar de que maneira os produtos (oficinas, materiais socializados e o livro digital) puderam auxiliar no processo formativo dos residentes (trabalhadores da saúde) da RIS/ESP, no que tange a sua implicação para e na participação social na área da saúde.

Diante dos referidos limites ficam ainda outras questões em aberto como, por exemplo, “que outras possibilidades podem ser pensadas para fazer uma formação?”

O que fica evidenciado, no entanto, é que tais debates são fundamentais, à medida que fomentam a reflexão sobre a importância da afirmação e consolidação do SUS enquanto processo histórico de reivindicação por condições dignas de saúde e portanto condições dignas de vida. Isso, a partir de uma concepção ampliada de saúde que considere, portanto, saúde e doença como um processo social que se modifica nos diversos momentos históricos e que, se relaciona com o conjunto de fatores biológicos, econômicos, culturais, políticos e sociais.

Assim sendo, tornam-se imprescindíveis esses debates, uma vez que reavivar a discussão acerca dessa ideia é manter viva a reconceitualização do termo saúde resultante do movimento da reforma sanitária e materializado na 8ª conferência de saúde (conhecida como conferência da virada), a qual menciona que:

a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986 p.4).

Coloca-se como imperativa tal luta, principalmente, quando o cotidiano impõe um movimento de resistência diante do quadro atual de desmonte de políticas públicas sociais, como os ataques que o SUS vem sofrendo. Um quadro conjuntural que declaradamente e, jamais visto com tamanha escraches, traz a intenção de desestabilizar o sistema democrático, ao passo que revela o objetivo de destruir tudo aquilo que não se enquadra nos interesses econômicos da vertente neoliberal.

No caso da conjuntura pandêmica isso pode ser observado em uma reunião interministerial, quando da fala do ex-ministro do meio ambiente ao verbalizar que seria oportuno aproveitar o desvio de atenção por parte da mídia, já que os holofotes estavam voltados exclusivamente para a epidemia, para “passar a boiada”. A citada expressão, “passar a boiada”, refere-se à aprovação da desregulamentação ambiental (leis as quais seguram minimamente o avanço predatório do

capitalismo).²⁶ Fala, essa, do ex-ministro Ricardo Salles, proferida em meio a uma das maiores crises sanitárias vivenciadas pela humanidade e que, no momento da conclusão deste trabalho o Brasil soma 672.033 ²⁷óbitos acumulados e 6.340.166 em âmbito mundial.

Quando vivenciamos cenas como estas protagonizadas pelo ministro, as quais em medidas semelhantes se replicam para as demais políticas públicas (principalmente nas políticas da área da saúde), se faz ainda mais necessário qualificar – enquanto trabalhadores da saúde – os espaços de atuação no SUS.

Nesse sentido, responde-se a questão problema desta pesquisa corroborando com a hipótese de que sim, é possível qualificar o ensino de saúde e as atribuições de tutores, no eixo obrigatório – Horas complementares de Controle Social – do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública, conforme as diretrizes do SUS, a partir do contexto de (pós)pandemia, a medida que foi possível elaborar plano de ensino para a inserção do segmento de controle social de maneira qualificada.

Vale ainda mencionar que tal qualificação – a partir dos entendimentos feitos de que saúde e doença não podem ser tratadas como mercadoria e que não podemos aceitar e naturalizar essa ideologia como algo dado e imutável – implica o posicionamento político do tutor(a), implica também incorporar o conhecimento de que, principalmente do campo da educação e no campo da saúde não tem posição neutra (Machado, 2021). Logo, não só é possível como necessário operar tal qualificação.

Cabe, visitar novamente o pensamento do filósofo Antonio Gramsci quando refere-se a necessidade de se tomar partido, de se posicionar. Nas palavras do autor “quem vive de verdade não pode não ser cidadão e não tomar partido. A indiferença é abulia, é parasitismo, é covardia, não é vida.” Nesse sentido, cabe o posicionamento sobre qual conceito de saúde vamos afirmar e defender. O conceito pensado coletivamente lá no processo de redemocratização, da constituinte e da oitava conferência de saúde de 1986 ou, no conceito neoliberal que nos ronda

26 vídeo disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=th6_TgyYEMY> acessado em out/2021

27Dados coletados no dia 05/07/22 e a atualizados com frequência. Disponível em <<https://covid.saude.gov.br/>> e < https://en.wikipedia.org/wiki/Template:COVID-19_pandemic_data>, respectivamente.

cotidianamente no viés mercadológico da doença?

Dessa maneira, o posicionamento – enquanto trabalhadores e trabalhadoras do SUS, enquanto tutores e tutoras de um programa de residência em saúde que trabalha com o conjunto de profissionais na área da saúde – é imprescindível que seja em defesa de uma saúde democrática e universal. Ao unirmos tal posicionamento, caminhamos na trilha das mudanças e nos aproximamos da democracia participativa e ativa, ou seja, da sociedade saudável que desejamos.

Por isso, a participação é possível, é potente, é viva, é vida, é humana. Ela é a antítese da indiferença. Há, sendo assim, como viver na indiferença?

Os espelhos estão cheios de gente.

Os invisíveis nos veêm.

Os esquecidos se lembram de nós.

Quando nos vemos, os vemos.

Quando nos vamos, se vão?

GALEANO, Eduardo.

Espelhos: uma história quase universal.

Porto Alegre/RS: Le PM, 2008.

8 REFERÊNCIAS

ANASTASIOU, L.G.C.; ALVES, L.P. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.** Joinville: UNIVILLE, 2007.

BALDIN, N., & MUNHOZ, E. M. B. **Educação Ambiental Comunitária: uma experiência com a técnica de pesquisa snowball (bola de neve).** In: UFGR-REMEA – Revista Eletrônica do Mestrado Em Educação Ambiental: Ed.27, 2012. disponível em: <<https://seer.furg.br/remea/article/view/3193/1855>>. Acesso em agosto de 2022.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal: Edições 70 / LDA, 1977.

BOBBIO, Norberto. (Nicola Matteucci e Gianfranco Pasquino; trad. Carmen C, Varriale et al.; coord. trad. João Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacais). **Dicionário de política I.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1 ed., 1998. Vol. 1: 674 p. (total: 1.330 p.) Vários Colaboradores. Obra em 2v.

_____. **A Era dos Direitos.** Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. 39a ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 5839 de 11 de julho de 2006.** Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5839.htm#art16> Acesso em maio de 2020.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.080 de 19 de dezembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em dezembro de 2019.

_____. Presidência da República. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em dezembro de 2019.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 333 de 04 de novembro de 2003.** Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_03.htm e <https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em outubro de 2020.

_____. **Conselho Nacional de Saúde. Histórico.** Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/historico-cns>>. Acesso em outubro de 2020.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Coordenação Geral de Hospitais Universitários e de Residências em Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Projeto Pedagógico RIS/ESP-RS**. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência de Saúde**. 1986. Disponível em:

<http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf>. e <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_r elatorio_final.pdf>. Acesso em setembro de setembro de 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.1.pdf>. Acesso em março de 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso em abril de 2019.

_____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**. DF, 13 nov. 2019. p. 97.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária**. Lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

_____. & OLIVEIRA, R. de O. Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional. In **Revista Ágora: Políticas Públicas e Serviço Social**, Ano 1, nº1, outubro de 2004. ISSN 1807-698X. Disponível em: <<http://www.assistentesocial.com.br>>. Acesso em janeiro de 2019.

BUTTIGIEG, J. Educação e hegemonia. In: COUTINHO, C. N.; TEIXEIRA, A. de P. (Org.). *Ler Gramsci, entender a realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.] (orgs). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. 3a ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **M. O Controle Social e o Protagonismo das Classes Subalternas**: fundamentos no pensamento de Gramsci. 2002. Disponível em: <http://www.nufipeuff.org/seminario_gramsci_e_os_movimentos_populares/trabalhos/Maria_Valeria_Costa_Correia.pdf>. Acesso em agosto de 2019.

CHAUÍ, Marilena. **Escritos de Marilena Chaui: que é a democracia?** 2018. Disponível em <<https://youtu.be/XDJQ7CC6IAo>>. Acesso em agosto de 2022.

DISTRITO FEDERAL. Controladoria Geral. **Conselhos de Políticas Públicas**. Disponível em: <<http://www.cg.df.gov.br/conselhos-de-politicas-publicas-cpp/>> Acesso em setembro de 2020.

DURIHGUETTO. Maria Lúcia. **Sociedade civil de democracia**: um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

_____. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia da Esperança**: Um Reencontro com a Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

_____; SHOR, Ira. **Medo e Ousadia** – O Cotidiano do Professor. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. Disponível em: <http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/otp/livros/medo_ousadia.pdf>. Acesso em outubro de 2020.

GASTÃO, Wagner de Sousa et al. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006, p. 783-836.

GIARETTA, Maria Mendes; MISKULIN, Rosana Sguerra. A Análise de Conteúdo Como uma Metodologia. São Paulo: **Cadernos de Pesquisa**. Fundação Carlos Chagas, 2017. v. 47, n. 165. Disponível em: <<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/3988>>. Acesso em outubro de 2020.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2016.

GRAMSCI, Antônio. Lo Sviluppo della Rivoluzione. In: **L'Ordine Nuovo**. Anno 1919 n°2: Rassegna di politica e di cultura operaia. Centro Gramsci di Educazione. Disponível em: <<http://www.centrogramsci.it/riviste/nuovo/ordine>>

[%20nuovo%20p2.pdf](#)>. Acesso em setembro de 2020.

_____. Antonio. Le elezioni. In: **L'Ordine Nuovo**. Anno 1919. n° 3: Rassegna di politica e di cultura operária. Centro Gramsci di Educazione. Disponível em: <<http://www.centrogramsci.it/riviste/nuovo/ordine%20nuovo%20p3.pdf>>. Acesso em outubro de 2020.

_____. Antônio. Partito di governo e Classe di Governo. In: **L'Ordine Nuovo**. dal 1919 al 1920 – dal 1924 al 1925: Rassegna di politica e di cultura operária. Centro Gramsci di Educazione. Disponível em: <<http://www.centrogramsci.it/riviste/nuovo/ordine%20nuovo.pdf>>. Acesso em outubro de 2020.

_____. Antônio. Programma d'ella sezione socialista torinese. In: **L'Ordine Nuovo**. Dal 1919 al 1920 – dal 1924 al 1925: Rassegna di politica e di cultura operária. Centro Gramsci di Educazione. Disponível em: <<http://www.centrogramsci.it/riviste/nuovo/ordine%20nuovo.pdf>>. Acesso em outubro de 2020.

_____. Cadernos do cárcere Tradução de Carlos Nelson Coutinho com a colaboração de Luiz Sergio Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2002 . v. 5.

_____. Cadernos do Cárcere. Volume I. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

LIGUORI, Guido; VOZA, Pasquali (Org.). **Dicionário Gramsciano 1926-1937**. [recurso eletrônico]. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

MACHADO, Marília Gabriella. Gramsci e Os Conselhos De Fábrica (1919-1920). In: **Revista Práxis e Hegemonia Popular**, ano 4, n. 4, p. 67-81, jan./jul., 2019.

MACHADO, Carmen Lucia Bezerra; ALBUQUERQUE, Paulo Peixoto de. **Indagando sobre o Formar Professores na Universidade**. In: ORTH, M. A. eF Carrara, R. M. Formação de Professores na América Latina: democracia e diversidade. Porto Alegre: ASSERS, 2021. p. 113 – 132.

_____. **Gramsci: “Odeio os Indiferentes**. In: Mundo Jovem: um jornal de ideias. 2 junho 2008. p.8. ISSN 16771451.

MARX, K. **“O Capital: Crítica da Economia Política”**. Livro I Tradução de Reginaldo Sant’Anna. 20. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1983.

MERHY, E. Democracia e saúde. In: **Saúde em debate**. Londrina: CEBES, n. 4, 1977.

_____. A Cartografia do Trabalho Vivo. In: **Saúde em Debate**, 145. 3ªEd. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MÉSZÁROS, István. **A Educação para Além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2005.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. As três ideias de sociedade civil, o Estado e a politização. In: Coutinho, Nelson; Teixeira, Andréa de Paula (orgs). **Ler Gramsci, entender a realidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

PEREIRA, Maria Cristina Cardoso. **Gramsci e a resistência dos Conselhos operários na Itália no limiar do Taylorismo (1918-1920)**. Campinas – SP: [s.n.],2001. Orientador; Edmundo Fernannndes Dias. Dissertação (mestrado) Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde. **O CMS/POA**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/historico-cns>>. Acesso em outubro de 2020.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a Gestão das Políticas Sociais – Um Desafio a ser Enfrentado pela Sociedade Civil. In: MOTA, Ana Elizabete [et al.], (orgs). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. 3a ed. São Paulo: Cortez, 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa. **Lei nº 10097 de 31 de janeiro de 1994**. Disponível em: <http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=13897&hTexto=&Hid_IDNorma=13897>. Acesso em outubro de 2020.

_____. Secretaria Estadual de Saúde do RS. **Conselho Estadual de Saúde**. Disponível em: <<http://www.ces.rs.gov.br/conteudo/573/Conselho-Estadual-de-Saude>> . Acesso em outubro de 2020.

ROIO, Marcos Del. Gramsci e a Emancipação do Subalterno. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba,29,p.63-78,nov.2007.Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsocp/n29/a06n29.pdf>> Acesso em junho 2020.

SILVA, Mara Nibia. **Educação Permanente em Saúde: O Estado entre a Política e as Práticas**. UFRGS/ FAGED/PPGE.Tese de Doutorado. Porto Alegre/RS. 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=001013911&loc=2017&l=ee75a9f621577ec3>>. Acesso em setembro 2019.

SIMIONATTO, Ivete. **Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social**. Florianópolis: Ed. da UFSC; São Paulo: Cortez Ed., 2004.

_____. Ivete. Classes subalternas, lutas de classe e hegemonia: uma abordagem gramsciana. In: **Revista katálysis**. vol.12 nº.1 Florianópolis Jan.

2009. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802009000100006>>
Acesso em: junho 2020.

TANCREDI, F.B. et al. **Planejamento em saúde. Saúde e Cidadania**, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 2, 1998.

VIOLA, Solon Eduardo Annes. **Direitos Humanos e democracia no Brasil**. São Leopoldo-RS: Editora Unisinos, 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

9 APÊNDICES

9.1 APÊNDICE 1 – Produto 1 – Plano de ensino estruturado

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE	
PLANO DE ENSINO	
Atividades Complementares de Controle Social	
Tutoras: Andréa Rozas Cardoso, Eglê Ângela Ronsoni e karine Paggi Contatos: andrea-rozas@saude.rs.gov.br , egle-ronsoni@saude.rs.gov.br e karine-paggi@saude.rs.gov.br	
Modalidade: (X) Atividade Prática Complementar	Natureza: Obrigatória
Carga horária: 36h/semestre 72h/ano	
Introdução <p>O Projeto Pedagógico expõe que o Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) tem como objetivo formar profissionais com vivências em cenários diversificados de práticas, na gestão do sistema de saúde e nas instâncias de controle social, capacitando-os para uma intervenção interdisciplinar, analítica, crítica, investigativa, resolutive e propositiva no âmbito técnico, administrativo e político do SUS. No que versa sobre as instâncias de controle social, prevê, a participação do residente nesses espaços de forma complementar à Carga Horária (CH) ordinária junto aos campos pré estabelecidos, e que tal participação possa dar origem à reflexão sobre o papel do controle social junto ao SUS.</p> Ementa: reflexão sobre o papel das instâncias de Controle Social, no que tange à Participação Social preconizada como diretriz do Sistema Único de Saúde. Objetivo Geral <ul style="list-style-type: none">Desenvolver a análise crítica do papel das instâncias de Controle Social e seus desdobramentos para o SUS Objetivos Específicos <ul style="list-style-type: none">Instigar a análise reflexiva acerca da importância das instâncias de controle social na	

efetivação da participação social junto ao SUS

- Estimular a reflexão da importância da participação social para a consolidação do SUS;
- Auxiliar no processo formativo dos residentes (trabalhadores da saúde) da RIS/ESP, oportunizando conhecimentos sobre o papel do controle social como diretriz do SUS;

Metodologia

As atividades complementares de Controle Social, podem se dar pela participação do (a) residente em oficinas organizadas pelos docentes tutores da RIS que versem sobre o tema. Também podem ser realizadas atividades junto aos Conselhos de Classe ou participação nos demais Conselhos de Políticas Públicas, como por exemplo, Conselho da Criança e do Adolescente, Conselho do Idoso, e principalmente Conselhos de Saúde. Também são consideradas, nestas atividades, a relatoria em conferências de saúde e a organização de atividades de participação social com a comunidade, como os conselhos locais.

Após as referidas participações o residente deve produzir um relatório reflexivo acerca do observado, conforme os modelos em anexo. As entregas se darão exclusivamente via plataforma moodle, conforme orientações prestadas em cada início de semestre.

Não é possível acumular e entregar para o final dos prazos, pois a entrega após o período indicado poderá prejudicar o avanço do/a residente para o segundo ano ou para a conclusão da RIS com a obtenção do registro individual de certificação do MEC. Além disso, pode ser que precise retornar o relatório ao residente para adequações e enviando no limite do prazo, não haverá tempo hábil para tal, o que pode prejudicar a validação das horas.

Tais horas são autogestionadas, no entanto sugerimos a organização delas para bem evitar o acúmulo de atividades. No geral são 5 plenárias/reuniões no semestre, sugerimos que o/a residente se organize para assistir pelo menos uma plenária ao mês, faça o relatório de acordo com as orientações e poste a atividade junto ao curso aberto na referida plataforma. A organização via plataforma moodle se dará dessa forma:

Semestre em andamento – número da Atividade – mês correspondente
até: número de horas possíveis de validar



[Sugestão de atividade](#)

OU



Entrega da atividade eleita como atividade de CS (conforme orientações nos modelos)

De acordo com a exemplificação acima para fins de visualizar a interface da plataforma moodle, no item “ **Sugestão de atividade**” será disponibilizado e ofertado sugestão de plenárias e ou atividades que se qualificam como atividade de controle social.

Onde menciona o item “**Entrega da atividade eleita como atividade de CS**” pode ser postado o relatório da atividade que o residente escolheu e elegeu como atividade de controle social.

Deve postar uma das duas, ou a primeira **OU** a segunda opção.

Na sugestão ofertada (opção 1), para nortear a reflexão terá uma pergunta norteadora que auxiliará na construção do processo reflexivo, em ANEXO I segue o modelo de relatório para esta opção.

Já o relatório postado na segunda opção deve estar em consonância com critérios classificados como Controle Social no ANEXO II, bem como seguindo o modelo de relatório para aqueles (as) que escolherem essa opção (ANEXO III).

Avaliação/Aferição das atividades

A validação dessas horas se darão após a leitura dos relatórios postados junto a plataforma *moodle*. Para que haja a referida validação o relatório deve estar dentro dos critérios descritos neste plano, destacando o cumprimento do objetivo da atividade, o qual também estará descrito na atividade, e realizar a análise dentro da proposta colocada (questão reflexiva de cada atividade), bem como os critérios apontados para a classificação de atividade prática de controle social (Anexo II).

O campo onde menciona nota será equivalente (mera equivalência) ao número de horas validadas, uma vez que a avaliação não implica nota e sim a validação de horas. A avaliação para validação das horas será realizada pelas tutoras. Os relatórios enviados são individuais e cópias de trabalhos dos residentes entre si são vedadas, sendo os trabalhos que se apresentem neste

formado desconsiderados e não serão validadas as horas equivalentes.

A abertura do campo para as postagens será realizada no início de cada mês, juntamente com uma atividade de sugestão.

Os prazos para postagem também estarão descritos na referida plataforma e é indicado que a execução e as postagens não sejam realizadas na última hora, sob pena de tempo prolongado para o retorno da validação.

PLANEJAMENTO PARA O ANO DE 2021 (contexto da pandemia)

Diante da permanência do contexto de pandemia causada pelo covid-19 a referida participação presencial permanece prejudicada, uma vez que vige o decreto estadual de calamidade pública e segue as recomendações da suspensão de reuniões no intuito de evitar aglomerações que potencializam o contágio do vírus.

Sendo assim, para fins de cumprimento da carga horária preconizada nas normativas que versam sobre os requisitos para conclusão de RIS e em consonância com compromisso da RIS com a formação voltada para o entendimento dos princípios e diretrizes do SUS, dentre elas o controle social como importante papel na consolidação do Sistema Único de Saúde, elaborou-se este planejamento como oferta para o referido entendimento e como implicação e conhecimento de tal diretriz, principalmente sobre a importância das instâncias de controle social.

Objetivo

- Oportunizar o cumprimento da carga horária de Controle Social, preconizada pelo Projeto Pedagógico da RIS; ofertando possibilidades de cumprimento dessa atividade no contexto da pandemia.

Metodologia

Diante da conjuntura vivenciada tal participação se dará de forma online no acompanhamento do papel das instâncias de Controle Social diante da pandemia. Poderão ser realizadas visualizações das plenárias on-line dos Conselhos de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal) e posteriormente, desenvolvida uma análise crítica acerca desses. Tal análise será

norteada por uma questão reflexiva que servirá de disparadora para análise dissertativa.

Esse processo também será operacionalizado via plataforma *moodle*, e estará junto à “[Sugestão de atividade](#)” mencionada no item metodologia do plano geral acima. O (a) Residente fará um breve relato do vídeo assistido e em seguida elaborará a reflexão sobre este a partir de uma questão norteadora, também conforme modelos em anexo. As sugestões serão ofertadas no início de cada mês. Poderá o residente optar pela “[Entrega da atividade eleita como atividade de CS](#)” seguindo os critérios já mencionados no plano acima e também disponíveis nos anexos.

Avaliação/Aferição das atividades

Seguirá os mesmos critérios do mencionado no plano acima e ao eleger a opção de livre escolha, deve seguir também o modelo de relatório em ANEXO III, **indicando o link da atividade escolhida**. O critério de validação seguirá o mesmo aplicado, ou seja, se somará o tempo do vídeo para elaboração do relatório, com totalização (vídeo+relatório) máxima de 8h. Os arredondamentos seguirão a regra matemática, até a segunda casa decimal mais próxima da metade. Ex.: indicou um vídeo de 3h, será somado mais 3h para o relatório, somando 6h no total; Indicou um vídeo de 4h será somado mais 4h para o relatório.

É obrigatório o envio dos links dos vídeos assistidos e relatórios que não o apresentem não serão considerados.

Caso a escolha tenha sido realizada com base em encontros presenciais (o que diante da conjuntura é bastante desindicado pelas autoridades sanitárias e aconselhamos seguirem os protocolos que versam sobre evitar aglomerações) deve ser anexado cópia da lista de presença assinada pelo responsável (constando a identificação do cargo que ocupa), horário em que aconteceu a reunião (seguir modelo em anexo III).

ANEXO I

(Modelo de relatório para atividades ofertadas)

Utilizar a extensão de arquivo pdf.

Relatório Analítico Reflexivo

Data: / /2021.

Nome do Residente: _____

Residente de : R1 ou R2 ?

Programa: _____

Profissão: _____

1. Breve relato do vídeo assistido

Deve conter brevemente do que se trata o vídeo ou leitura que foi realizada, nos moldes de resumo, com objetivo de situar o avaliador do que se trata (máximo meia página ou 1500 caracteres, fonte 12 letra time new roman ou arial)

2. Discussão analítica sobre o conteúdo:

Deve conter os aspectos abordados na questão reflexiva proposta na atividade e a manifestação **do seu entendimento acerca do tema proposto.**

Evite cópias dos pareceres e ou relatórios e ou entre os colegas, sob pena e não serem validados, bem como reproduções longas de autores. Caso queira utilizar autores para dialogar com a ideia trazer de forma interpretativa e fazer a referência autoral. No entanto, é mais importante **a sua reflexão**, principalmente diante do papel do Controle Social, procure fazer sempre a análise com base nesse sentido.

ANEXO II

Livre Escolha de Atividade

Critério para a classificação Sobre a participação Social

A participação social nas políticas públicas de saúde se deram com advento constitucional, especificamente no artigo 198 da Seção II da Constituição Federal de 1988, o qual define as ações e serviços públicos de saúde como integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada constituída em um sistema único, e estabelece que esse sistema deva estar organizado de acordo com as diretrizes: descentralização;

atendimento integral e **participação social**.

A institucionalização da participação social no Sistema Único de Saúde se efetiva por meio de leis orgânicas que implementaram posteriormente os Conselhos e as Conferências de Saúde. Essa participação **foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores organizados da sociedade civil** sobre as ações do Estado, no sentido de atender cada vez mais os interesses da maioria da população. Daí decorre a lei 8.142/1190 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, bem como fornece a diretriz para a organização das conferências e conselhos de saúde.

Os conselhos de saúde, regulamentados pela referida lei, possuem caráter permanente e deliberativo. São classificados como órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários.

Nesse sentido, os vídeos classificados como controle social deverão atender a ideia apontada. Caso ainda queira mais informações você pode consultar o [Manual para Entender o Controle Social na Saúde](#) .

ANEXO III -Modelo de relatório video livre escolha

(Utilizar a extensão de arquivo pdf.)

Relatório Análise Reflexivo

Data: / /2021.

Nome do Residente: _____ Residente de : R1 ou R2 ?

Programa: _____

Profissão: _____

Proposta: (colocar o link do vídeo **obrigatório**)

Se for presencial, inserir cópia da lista de presença assinada pelo responsável da reunião e

Horário da reunião: _____

Total de horas: para o total de horas será replicado no critério elaboração do relatório o tempo apontado no vídeo. Relatórios sem a indicação do vídeo através de link serão desconsiderados.

1.Objetivo:

1.1 – Descrever qual o motivo da escolha do vídeo, e qual objetivo em analisá-lo.

1.2 – Fazer uma questão norteadora que dialogue com o objetivo posto.

2 – Breve relato do vídeo assistido

Deve conter brevemente do que se trata o vídeo, nos moldes de resumo, com objetivo de situar o avaliador do que se trata (máximo meia página ou 1500 caracteres, fonte 12 letra time new roman ou arial) **OU**

2.1 Relato Detalhado da Atividade Presencial

Se a atividade for presencial o relato deve ser detalhado, preferencialmente em formato de ata.

3 – Discussão analítica sobre o conteúdo:

Deve conter os aspectos abordados na questão reflexiva proposta por você e a manifestação **do seu entendimento acerca do tema proposto**. Caso queira utilizar autores para dialogar com a ideia, trazer de forma interpretativa e fazer a referência autoral. No entanto, é mais importante **a sua reflexão**, principalmente diante do papel do Controle Social, procure fazer sempre a análise com base nesse sentido. Evite cópias de sites e ou autores. Traga a sua análise.

9.2 APÊNDICE 2 – Produto 2: Estrutura das Oficinas

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE

ESTRUTURA PARA AS OFICINAS

Eixo Transversal – Atividade Complementar de Controle Social	
Coordenação: Eglê Ângela Ronsoni	
Modalidade: (X) Atividade Prática Complementar	Natureza: Obrigatória
Carga horária Total : 16h dívidas em 4 módulos no período de 2 anos	

Introdução

O Projeto Pedagógico refere que o Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) tem como objetivo formar profissionais com vivências em cenários diversificados de práticas,

na gestão do sistema de saúde e **nas instâncias de controle social**, capacitando-os para uma intervenção interdisciplinar, analítica, crítica, investigativa, resolutiva e propositiva no âmbito técnico, administrativo e **político do SUS**. No que versa sobre as instâncias de controle social, prevê, a participação do(a) residente nesses espaços de forma complementar à Carga Horária (CH) ordinária junto aos campos pré estabelecidos, e que tal participação possa dar origem à reflexão sobre o papel do controle social no campo da saúde e junto ao SUS.

Ementa: Apresentação e reflexão sobre o papel das instâncias de Controle Social, no que tange à Participação Social preconizada como diretriz do Sistema Único de Saúde.

Objetivo Geral

- Apresentar e estimular a análise crítica sobre o papel das instâncias de Controle Social e seus desdobramentos para o SUS

Objetivos Específicos

- Apresentar o histórico da constituição dos espaços de controle social na saúde;
- Estimular os residentes à fomentarem os conselhos locais de saúde, refletindo sobre a importância da participação social para a consolidação do SUS;
- Discutir as possibilidades de atuação e fomento do Controle Social na Saúde na saúde;
- Instrumentalizar os residentes/ trabalhadores da saúde, na qualidade de agentes promotores do controle e controle social na área da saúde a partir de seus trajetórias profissionais.

Metodologia

A adesão ao formato de oficinas como uma das metodologias desta atividade se coloca em razão da potencialidade que tal espaço possui para o exercício prático de alguma tarefa ou atividade laboral. No seu significado literal, o termo oficina, refere-se a um local de trabalho. Também se relaciona à oficina como um local de encontros, entre os estudantes e/ou profissionais para a solução de problemas comuns. Por isso, também a realização de oficinas é acompanhada da proposta da metodologia da problematização, a qual pode ajudar como disparador do debate realizado neste espaço. O termo Oficina aliada ao treinamento tem como objetivo transformar em habilidade, algum conhecimento previamente adquirido. Tal treinamento, a partir dessa perspectiva, requer informação, porém com predomínio da prática.

Juntando a ideia original da oficina como espaço de prática, reporta-se aos

ensinamentos de Paulo Freire que mencionam que ensinar é fazer o que se deseja ensinar. Ou seja, desejamos auxiliar no processo de ensino e aprendizagem sobre o controle social na saúde e, que para isso possamos criar espaços de exercício de participação para que os residentes possam se deparar com os instrumentos que se dispõem para o fomento da participação social junto aos seus campos de atuação/formação em residência. Se o objetivo é estimular a participação social, que possamos fazê-la no exercício da participação e na dialética construtiva e interativa do ensinar e do aprender coletivo.

A proposta metodológica se dará do caráter híbrido de participação, utilizando a plataforma moodle da ESP e promovendo rodas de conversa e debate, de forma complementar e com intuito de exercitar o diálogo. As oficinas estarão abertas constantemente para consulta e para debates junto a plataforma moodle utilizado na ferramenta "fórum". Já, as rodas de conversas e discussões presenciais e ou online, em razão da conjuntura pandêmica, ocorrerão nas dependências da ESP ou via plataforma meet do provedor Google.

Oficina I – Conhecendo e entendo o controle social no SUS
Público Alvo: residentes de primeiro ano
Objetivo: Apresentar o histórico da constituição dos espaços de controle social na saúde
Período: março do primeiro ano CH:4h
<p>Conteúdo e Metodologia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entendo a história e seus desdobramentos Vídeos, músicas como disparadores de debate <ul style="list-style-type: none"> ➔ História da saúde pública; ➔ História dos Tributos; ➔ Para entender o Controle Social na saúde: os conselhos de saúde 2. Fórum para debate Com inserção de dúvidas e tópicos de maneira livre. A partir das dúvidas e colocações realizadas – preparação para a roda de debate. 3. formulário para o preenchimento e identificação de interesse “Se você tem interesse em realizar discussões em pequenos grupos numa roda de conversa virtual preencha este formulário Aqui”

Oficina II – Explorando o controle social no SUS
Público Alvo: residentes de primeiro e segundo ano
Objetivo: Estimular os residentes a fomentarem os conselhos locais de saúde, refletindo sobre a importância da participação social para a consolidação do SUS.

Período: Agosto do primeiro ano CH: 4h
<p>Conteúdo e Metodologia:</p> <p>Abertura: música que possa trazer o viés de reivindicação e participação social</p> <p>1. Acessando “conceitos base”</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Democracia – vídeo ➔ Existe Saúde sem democracia? <p>2. Identificando as possibilidades e potencialidades</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Fórum de discussão com perguntas problematizadoras e orientadoras para o debate ➔ Abertura de espaço para socialização de material e Disponibilização de materiais ➔ Fórum de ideias e relatos de experiências

Oficina III – Debatendo sobre o CS e seus desdobramentos no 1º ano de RIS
Público Alvo: residentes de segundo ano
Objetivo: conhecer e reconhecer o movimento, na perspectiva do CS, realizado pelos residentes junto aos seus campos de formação.
Período: março do segundo ano CH: 4h
<p>Conteúdo e Metodologia:</p> <p>Abertura: ler um trecho que se destacou naquilo que foi trazido no fórum da oficina II</p> <p>1. Fórum de discussão:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ diálogo com as respostas trazidas na oficina II – concatenar o que foi trazido e desenvolver as repetições das categorias abordadas ➔ O residente faz a pergunta: qual é a pergunta a se perguntar? ➔ registros e relatos do que foi realizado junto aos campos de atuação no primeiro ano de residência. ➔ identificar aqueles que mais atuaram com o CS no primeiro ano e articular o grupo para organizador da oficina IV

Oficina IV – Exercitando o fomento da participação social na saúde.
Público Alvo: residentes de segundo ano
Objetivo: fomentar/estimular e instrumentalizar os residentes trabalhadores da saúde para que sigam promovendo encontros de controle social na área da saúde dentro de seus trajetos profissionais.
Período: agosto do segundo ano CH: 4h para os participantes

8h para os organizadores (desempenho e planejamento da organização)

Conteúdo e Metodologia:

Abertura: colher sugestões para disparadores de debate

1. Fórum de discussão no moodle;
➔ Como pode ser uma boa organização de plenária, como você faria?

2. Roda de debate organizada pelos residentes
Tutoria: Planejar e organizar com o pequeno grupo
Como pode ser uma boa organização de plenária, como você faria?: ajudar concatenar o trazido no fórum do moodle pelo colegas residentes.
Mediar com o grupo da organização
➔ exercício em formato de plenária coordenada pelos residentes

Monitoramento das respostas no livro interativo, oficina de debate e produção de novas edições do livro também a partir do trazido pelo residentes

9.3 APÊNDICE 3 – Produto 3: [Livro Digital Interativo-Clique Aqui](#)