



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA**  
**“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”**  
**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU**

**VIOLETA CAMPOLINA FERNANDES**

**Estratégias de mobilização para a participação  
comunitária de conselheiros municipais de saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Regina Stella Spagnuolo

**Botucatu**

**2019**

Violeta Campolina Fernandes

Estratégias de mobilização para a participação  
comunitária de conselheiros municipais de saúde

Tese apresentada à Faculdade de  
Medicina, Universidade Estadual Paulista  
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de  
Botucatu, para obtenção do título de  
Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Regina Stella Spagnuolo

Botucatu

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Fernandes, Violeta Campolina.

Estratégias de mobilização para a participação comunitária de conselheiros municipais de saúde / Violeta Campolina Fernandes. - Botucatu, 2019

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Regina Stella Spagnuolo  
Capes: 40600009

1. Conselhos de saúde. 2. Participação da comunidade. 3. Participação social. 4. Saúde pública. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil).

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Participação Comunitária; Participação Social; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

**Projeto de pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo 2016/19711-2.**

**Discente bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).**

## DEDICATÓRIA

Ao meu companheiro, **Rafael**, por ser a calma no meu dia a dia e trazer a alegria a cada etapa dessa pesquisa. Por acreditar em mim, no meu potencial! Por sempre dizer: “Vi, você consegue.”

## AGRADECIMENTOS

É sempre bom agradecer, a gratidão faz bem à alma!

A **Deus**, pela imensidão, por me permitir chegar até aqui; ao **amor**, por estar presente no meu coração e à **vida**, por ser tão maravilhosa.

Ao meu filho **Leo**, tão pequeno e especial, que me deu a oportunidade de ser mãe e vivenciar o amor eterno.

Ao meu pai, **Roberto**, por nunca ter me abandonado. Tudo o que sou é graças a você. Obrigada pela dedicação, perseverança, compreensão, afinidade e amor. Juntos, conseguimos seguir em frente e superar os obstáculos que a vida nos preparou. Amo você eternamente.

A minha avó, **Loura**, por deixar todos os momentos mais leves. Minha mãe de alma, de vida. Nosso encontro é de outras gerações, de estrelas. O seu olhar me acalma e o seu colo me acalenta. Sou extremamente grata por ter nascido em uma família cercada de luz como a nossa. A senhora me ensinou que tudo feito com amor reflete em ainda mais amor. Esse amor que tenho é todo seu!

A minha irmã, **Roberta**, por proporcionar risadas diárias na minha vida, com mensagens alegres, positivas e vibrantes.

Aos meus sogros, **Antonio e Eliane**, por estarem sempre presente. Vocês são meu ponto de apoio. Obrigada pela acolhida e por terem me adotado como filha.

Ao meu cunhado, **Bruno**, pelas risadas.

A minha madrasta, **Solange**, pelo apoio.

A minha orientadora, **Stella**, pelos ensinamentos. Você me ensina a ser uma pessoa ética perante o mundo! Criamos, nesses anos de convivência, uma parceria e amizade única. Tenho orgulho da nossa união. Obrigada por ter paciência durante todo o meu processo de ir e vir na escrita. A você, querida amiga, meu maior respeito e admiração.

As minhas **amigas de infância**, pela alegria, amizade e companheirismo. Vocês são tão especiais! Obrigada pelo incentivo de sempre e por sermos inseparáveis!

As queridas **enfermetes** pelos momentos de troca e alegrias. Sinto saudades de vocês, do convívio diário da faculdade e das nossas risadas! Obrigada pela força de sempre!

A todos os amigos e colegas do **Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**, que tive a oportunidade de encontrar, conhecer e trabalhar. Cada um de vocês fizeram eu refletir sobre a pesquisa na conjuntura atual. Obrigada!

As queridas professoras de Administração em Gerência em Enfermagem; **Carmen, Wilza e Silvana**. Vocês são especiais! É sempre um prazer estar com vocês e, principalmente, aprender. Muito obrigada por todo o carinho e atenção.

A **Comissão Organizadora do 1º Congresso de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu** pelos momentos compartilhados. Planejamos juntos um Congresso que deu orgulho de fazer parte. A nossa equipe superou todas as expectativas. Construímos mais que um Congresso, vivenciamos verdadeiramente a amizade na Pós-Graduação. Tenho orgulho de cada um de vocês. Obrigada pela parceria

A minha amiga **Jamile**, pelo alto astral e auxílio neste trabalho.

Ao **Paulinho**, por ajudar e permitir que as oficinas ocorressem adequadamente.

À **Capes**, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo fomento para a realização do doutorado, que permitiu a minha dedicação exclusiva na busca de produzir uma pesquisa de qualidade.

À **FAPESP**, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo auxílio financeiro ao projeto de pesquisa do qual este estudo faz parte, o que viabilizou a realização dos grupos educativos e viagens aos municípios.

Ao **EAP**, Escritório de Apoio à Pesquisa, pela ajuda nos momentos de dúvidas.

Ao **Nead. Tis**, Núcleo de Educação a Distância e Tecnologias da Informação em Saúde, por todas as orientações realizadas na confecção do trabalho.

À **Secretaria Municipal de Saúde** dos municípios, pela autorização para a realização da pesquisa de campo após apreciação do projeto e pela colaboração no fornecimento de valiosas informações.

Aos **conselheiros** por permitirem o desenvolvimento desse projeto. Tenho que agradecer muito pelo aprendizado construído ao longo dos meses. Obrigada pelo apoio, confiança, colaboração, carinho, amizade e dedicação. Foram histórias, risadas, afetos, dúvidas, casos compartilhados, o que vai muito além dessa pesquisa. Vocês são inesquecíveis!

“Você que não para pra pensar  
Que o tempo é curto e não para de passar  
Você vai ver um dia  
Que remorso, como é bom parar

Ver o sol se pôr ou ver o sol raiar  
E desligar, e desligar”  
(Toquinho e Vinicius de Moraes)

## RESUMO

**Introdução.** A participação da comunidade é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo entendida como instrumento fortalecer a democracia e ampliar a cidadania. O presente estudo insere-se no contexto da participação comunitária de conselheiros de saúde e no fortalecimento de suas práticas. O **objetivo geral** foi qualificar conselheiros/as municipais de saúde por meio de oficinas educativas e do método da pesquisa-ação, com vistas a melhorar a participação da comunidade enquanto diretriz do SUS. Os **objetivos específicos** foram: identificar as temáticas discutidas nas reuniões dos conselhos municipais de saúde; levantar as fragilidades e potencialidades da participação comunitária nos conselhos municipais de saúde por meio de revisão integrativa da literatura; analisar mapas conceituais desenvolvidos em oficinas educativas no âmbito da capacitação profissional de conselheiros/as municipais de saúde; compreender a percepção dos conselheiros em relação a sua função participativa nos conselhos de saúde. **Método.** O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP sob número 1.578.025/2016. Trata-se de pesquisa-ação, de abordagem qualitativa e multi métodos: oficinas educativas, observação participante e grupos focais. A construção de informações foi realizada em três municípios da região de saúde do Pólo Cuesta no interior do Estado de São Paulo nos anos de 2016 e 2017. Foram realizadas análises documentais, oficinas educativas e grupos focais. Ao final de cada oficina, utilizou-se mapa conceitual como estratégia de acompanhamento e avaliação da aprendizagem dos conselheiros. Os dados dos grupos focais foram analisados por meio da análise de discurso na vertente representacional temática e os dados dos mapas conceituais através da análise temática dialógica e análise semiótica da imagem parada. A discussão foi alicerçada pelos referenciais teóricos da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde, a Teoria da Aprendizagem Significativa do construtivista David Ausubel e a Teoria da Democracia e Participação a partir dos pressupostos de Robert Dahl. **Resultados.** As oficinas melhoraram a participação comunitária nos fóruns de saúde e a intervenção contribuiu para a formação de conselheiros críticos e reflexivos. Nos grupos focais, foi observada uma participação ativa dos conselheiros, com troca de saberes, interação entre o grupo, expressão de vivências e desmitificação de conceitos acerca dos temas debatidos. Além disso, o mapa conceitual proporcionou a aprendizagem dos participantes, por evidenciar o conhecimento adquirido ao longo das oficinas educativas realizadas. **Conclusão.** As oficinas educativas e mapas conceituais são estratégias educacionais extremamente relevantes

em vários contextos, inclusive no fortalecimento das práticas de conselheiros de saúde, por estarem centrados na aprendizagem e na transformação. Faz-se necessário a construção de trabalhos educativos com uso de métodos participativos como esse com conselheiros de saúde para que novos olhares surjam a partir do fortalecimento de todos os membros, apoiados por uma nova visão de mundo na perspectiva de melhorias da diretriz da participação da comunidade.

**Palavras-chave:** Conselhos de Saúde; Participação Comunitária; Participação Social; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

### ABSTRACT

**Introduction.** Community participation is one of the guidelines of the Unified Health System (SUS), and is understood as an instrument to foster social capital, strengthen democracy and broaden citizenship. This study is part of the community participation of health advisors and the strengthening of their practices. The **general objective** was to qualify municipal health councilors through educational workshops and the action-research method, with a view to improving community participation as a SUS guideline. The **specific objectives** were: to identify the topics discussed in the meetings of the municipal health councils; to raise the weaknesses and potential of community participation in municipal health councils through an integrative literature review; analyze conceptual maps developed in educational workshops in the scope of professional training of municipal councilors of health; understand the perception of counselors regarding their participative role in health councils. **Method.** The project was approved by the Committee of Ethics in Research with Human Beings of Botucatu Medical School - UNESP under number 1,578,025 / 2016. These are action research, qualitative and multi-method approaches: qualification workshops, participant observation and focus groups. Data collection was carried out in three municipalities in the health area of the Cuesta Pole in the interior of the State of São Paulo in the years 2016 and 2017. Documental analyzes, qualification workshops and focus groups were carried out. At the end of each workshop, a conceptual map was used as a follow-up strategy and evaluation of the directors' learning. The data of the focus groups were analyzed through the discourse analysis in the thematic representational section and the data of the conceptual maps through the dialogical thematic analysis and the semiotic analysis of the still image. The discussion was based on the theoretical references of the National Policy of Permanent Education for Social Control in the Unified Health System, the Constructivist Theory of Meaningful

Learning by David Ausubel and the Theory of Democracy and Participation based on the assumptions of Robert Dahl. **Results.** The workshops improved community participation in health forums and the intervention contributed to the formation of critical and reflective counselors. In the focus groups an active participation of the councilors was observed, with exchange of knowledge, interaction between the group, expression of experiences and demythologization of concepts about the subjects discussed. In addition, the conceptual map provided the participants' learning, by highlighting the knowledge acquired during the qualification workshops held. **Conclusion.** Educational workshops and concept maps are extremely relevant educational strategies in a variety of contexts, including strengthening health practitioner practices by focusing on learning and transformation. It is necessary to construct educational work with the use of participatory methods such as this one with health advisors so that new looks can arise from the strengthening of all members, supported by a new world view in the perspective of improvements of the guideline of participation of the community.

**Keywords:** Health Councils; Community Participation; Social Participation; Public Health; Unified Health System.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 - Diagrama do delineamento do estudo. Botucatu. 2016. ....	34
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos participantes no estudo, por município, 2017. ....	36
Tabela 2 - Características sócio demográficas dos participantes, 2017. ....	36
Tabela 3 - Frequências e percentuais dos temas discutidos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de grande porte, 2011 a 2016.....	54
Tabela 4 - Frequências e percentuais dos temas discutidos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Pequeno Porte 2, 2011 a 2016. ....	56
Tabela 5 - Frequências e percentuais dos temas discutidos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de pequeno porte 1, 2013 a 2017.....	59

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição territorial dos municípios escolhidos para a pesquisa. Botucatu. 2016. .....	35
Quadro 2 – Temas e características das oficinas realizadas. Botucatu. 2016.....	38
Quadro 3 – Referenciais teóricos utilizados a partir do projeto “Estratégias de mobilização para a participação comunitária de conselheiros municipais de saúde”. Botucatu. 2018. ....	46
Quadro 4 – Produções científicas elaboradas a partir do projeto “Estratégias de mobilização para a participação comunitária de conselheiros municipais de saúde”. Botucatu. 2018. ....	60
Quadro 5 - Avaliação dos conselheiros das oficinas realizadas no MGP por meio da dinâmica do que bom, que pena e que tal. ....	133
Quadro 6 - Avaliação dos conselheiros das oficinas realizadas no MPP2 por meio da dinâmica do que bom, que pena e que tal. ....	134
Quadro 7 - Avaliação dos conselheiros das oficinas realizadas no MPP1 por meio da dinâmica do que bom, que pena e que tal. ....	135

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AIS – Ações Integradas de Saúde

APA – Associação de Proteção aos Animais

APAPE – Associação de Pais e Amigos com Necessidades Especiais

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CIR - Comissão Intergestores Regional

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONUS – Conselhos de Unidades de Saúde

DRSVI - Departamento Regional de Saúde VI

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOS – Leis Orgânicas da Saúde

MC – Mapa Conceitual

MGP – Município de Grande Porte

MPP1 – Município de Pequeno Porte 1

MPP2 – Município de Pequeno Porte 2

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAVISA – Planos de Ação da Vigilância Sanitária

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

SIACS – Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TAS - Teoria da Aprendizagem Significativa

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	20
2 JUSTIFICATIVA .....	26
3 OBJETIVOS.....	28
3.1 Objetivo Geral.....	29
3.2 Objetivos Específicos.....	29
4 MÉTODO .....	30
4.1 Referencial metodológico .....	31
4.2 Cenário e participantes da pesquisa .....	35
4.3 Construção das informações .....	38
4.3.1. Observação Participante.....	40
4.3.2. Mapa Conceitual .....	41
4.3.3 Grupo focal.....	42
4.4 Referenciais Teóricos.....	46
4.4.1 Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS .....	46
4.4.2 Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS), do construtivista David Ausubel....	48
4.4.3 Democracia e Participação a partir dos pressupostos de Robert Dahl .....	49
4.5 Aspectos Éticos.....	50
5 RESULTADOS .....	52
5.1 Análise de documentos .....	53
5.1.1 O conselho municipal de saúde (CMS) do município de grande porte.....	53
5.1.2 O CMS do município de pequeno porte 2.....	55
5.1.3 O CMS do município de pequeno porte 1 .....	58
5.2 Artigos produzidos.....	60
5.3 Artigo 1 .....	62
5.4 Artigo 2.....	83

5.5 Artigo 3 .....	108
5.6 Avaliação do processo vivenciado por meio da dinâmica do que bom, que pena e que tal .....	133
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	137
REFERÊNCIAS .....	140
APÊNDICES .....	145
ANEXOS .....	152

## APRESENTAÇÃO

Fui criada em Viçosa, Minas Gerais. Minha cidade de coração, da qual guardo muitas saudades. Iniciei o curso de Enfermagem, aos 17 anos, na Universidade Federal de Viçosa, no ano de 2009. Minha grande felicidade foi realizar a graduação na universidade da cidade onde fui criada, onde grandes mestres se formaram.

Nesse espaço acadêmico, envolvi-me no universo da participação comunitária. Conheci o Conselho Municipal de Saúde da minha cidade e observei, durante uma reunião, que as dificuldades de atuação dos conselheiros eram imensas. Desde então, fiz contato com a professora de Saúde Pública, para estudarmos um pouco mais sobre a importância da participação de conselheiros no direcionamento das ações de saúde. Comecei ali, em 2013, a ler e aprender diversas ações e dificuldades da participação comunitária.

Ao mesmo tempo, iniciei o processo de busca para entrar no mestrado, algo que me brilhava os olhos. Eram muitas coisas novas começando em 2013: último ano de graduação, construção de informações do Trabalho de Conclusão de Curso, procura de orientador do mestrado, processo de seleção, mudança de cidade.

Procurei a professora Regina Stella para trabalharmos juntas o acesso às informações de saúde e inclusão digital com conselheiros municipais de saúde. Começamos, então, em 2014, a nossa parceria. Conheci o conselho municipal de saúde de Botucatu, participei de reuniões e, ao final, pude evidenciar lacunas que possibilitaram a criação do projeto de doutorado.

Não quis parar de pesquisar! Desejei o doutorado ainda durante o mestrado. Pensei em como articular uma investigação eficiente que possibilitasse o empoderamento e permitisse uma mudança. Foi assim que surgiu essa pesquisa. Minha intenção, desde o início, não era apenas estudar e sim compreender e realizar intervenções para propiciar melhorias na prática dos conselheiros e para o fortalecimento da participação comunitária. Uma forma de pesquisar e, ao mesmo tempo, vivenciar e mudar uma realidade!

E assim foi no começo de 2016: defesa do mestrado em um mês, início do doutorado no outro. Minha querida orientadora, Regina Stella, me guiou nessa empreitada, a qual apresento em forma de tese.

Essa pesquisa não foi somente para divulgar resultados e interpretá-los. Foi um grande desafio. Viajar, conhecer diferentes cenários, experimentar diversas linguagens, problematizar o modo de vida e participação desses indivíduos. Aprendi! Aprendi a ver o mundo com outros olhos. A valorizar cada etapa percorrida. Que o pouco, para mim, foi

muito para diversas pessoas! A refletir sobre como as pessoas, com quem tive a oportunidade de caminhar nesse processo, são boas. Guardarei para sempre comigo. Coloquei tudo de mim nesse trabalho e assim chego até aqui. Nas próximas páginas, um pedaço de todo esse aprendizado se apresenta.



# *1. Introdução*

## 1 INTRODUÇÃO

A participação comunitária no âmbito da saúde foi difundida nos países em desenvolvimento no início da década de 70, sendo considerada estratégia essencial para melhorar e incrementar o acesso aos serviços de saúde nos setores mais vulneráveis da população. Este fato se legitimou em 1978, na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma Ata, União Soviética, sobre Cuidados de Saúde Primários, com o objetivo de alcançar, até o ano 2000, saúde para todos (SERAPIONI; ANTUNES; FERREIRA, 2014).

No contexto brasileiro, a participação da comunidade é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo entendida como um instrumento para fortalecer a democracia e ampliar a cidadania (CAVALCANTI; CABRAL; ANTUNES, 2012).

Antes da criação do SUS, com a necessidade de dar maior cobertura à população, em 1983, foi criada as Ações Integradas de Saúde (AIS) tendo por objetivo diminuir a exclusão dos cidadãos ao acesso à saúde. Nessa perspectiva, surgiu a possibilidade de descentralização do processo de planejamento e da administração, por meio da constituição de comissões nos níveis estadual, regional, municipal e local, que difundiu a possibilidade concreta de uma participação popular organizada com a aproximação dos usuários aos serviços (PAIM, 1986).

Sendo assim, os primórdios da participação comunitária no Brasil antecedem a criação do SUS, iniciando-se com os movimentos sociais e a Reforma Sanitária nas décadas de 70 e 80, tendo como lema “saúde é democracia” (PEREIRA et al., 2008).

Esses movimentos sociais foram liderados por intelectuais, profissionais de saúde e militantes de sindicatos, ultrapassando os limites da igreja progressista, pois representavam a sociedade civil organizada na luta pela redemocratização da saúde, fato que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, um grande marco na nossa história, já que, pela primeira vez, a população pôde participar dessas discussões (COHN, 2008).

De acordo com o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, inciso 3º, compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988 p. 118), tendo em mente a descentralização da gestão, o atendimento integral e a participação comunitária, instituído no artigo 198 da mesma Constituição (BRASIL, 1988).

Ressalta-se que este reconhecimento constitucional não se deu de forma consensual, tanto que a Lei nº 8.080/90, primeiro instrumento legal da reforma sanitária e que dispõe sobre as condições para a organização e funcionamento do SUS, embora estabeleça em

seu Art. 7º a participação da comunidade como um dos seus princípios, é ausente em relação à forma como seria feita esta participação. Somente a partir da Lei nº 8.142/90 é que ocorreu o estabelecimento dos conselhos e das conferências de saúde como instâncias formais de controle social no âmbito do SUS (BRASIL, 1990a, 1990b).

Na literatura nacional são encontradas diferentes designações para se discutir a participação em saúde, sendo: participação comunitária, popular, social e controle. Devemos enfatizar o termo “Participação da Comunidade”, como consta na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde – LOS (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90). Este termo possui conteúdo mais amplo do que o controle social, o qual é uma das funções da participação (CARVALHO, 2007).

Sendo assim, o cidadão participa na sociedade por meio de três maneiras: pela ação, proposição e controle. A ação refere-se à função de cada ser humano fazer bem feito tudo aquilo que faz. A proposição é a soma da atitude pessoal com o caráter propositivo de intervenção na sociedade. O controle social ficou como a essência da participação, porém não é uma função única, caracteriza-se por controlar o que for realizado, incluindo-se a questão econômico-financeira (CARVALHO, 2007).

Nesse contexto, a participação é “a capacidade que têm os indivíduos de intervir na tomada de decisões em todos aqueles aspectos de sua vida cotidiana que os afetam e envolvem” (TEIXEIRA et al., 2009 p. 222).

A participação corresponde a um processo ativo de socialização, fazendo que o indivíduo adquira uma cultura cívica própria. Assim, em uma sociedade democrática que valoriza a interação e integração da participação, ocorre a tendência de os indivíduos se efetivarem como atores ativos com vistas à promoção de valores e interesses comuns, concretizando, em uma medida, o exercício efetivo dos direitos de cidadania política (CABRAL, 2003).

Deste modo, a participação da comunidade é preconizada em todas as esferas do governo, na gestão do SUS e, particularmente, teve sua visibilidade potencializada junto aos conselhos de saúde (BRASIL, 1988, 1990a, 1990b).

Os conselhos de saúde são definidos na lei, como:

Órgão colegiado, em caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço e usuários, [que] 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 de governo (BRASIL, 1990b p. 1).

Para efetivar as atribuições acima, partiu-se da ideia de que seria imprescindível uma distribuição democrática do poder, implicando, além do caráter deliberativo, uma composição justa dos segmentos representados. Assim, instituiu-se que 50% dos membros devem ser representantes dos usuários, 25% trabalhadores da saúde e 25% gestores, prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 1990b).

A participação formalizada por meio do conselho e conferências pode abrir espaço para uma burocratização da representação. Em que, se tem, de um lado, o conselho como importante instrumento de cidadania; porém, por outro, a burocracia existente neste órgão pode contribuir para o surgimento de obstáculos, ao determinar que a composição seja de entidades organizadas.(MORITA, 2002).

Assim, diversos estudos sobre os conselhos de saúde têm demonstrado que apenas a distribuição equitativa não assegura por si só a consolidação da democracia. Há uma série de outros fatores que interferem na participação dos conselheiros (MORITA; GUIMARÃES; MUZIO, 2006; PESTANA; VARGAS; CUNHA, 2007; COTTA et al., 2011; ERDMANN et al., 2008; SORATTO; WITTI; FARIA, 2010).

Nesta perspectiva, Pestana, Vargas e Cunha (2007) ressaltam que os fatores impeditivos de uma efetiva participação comunitária são muitos e complexos, englobam impasses e problemas de ordem política, econômica, social e cultural, que resultam em perda de sentido político no exercício da cidadania.

Percebe-se um desconhecimento sobre as bases legais e ideológicas da participação comunitária, do SUS e da saúde, com forte influência política na dinâmica dos conselhos, principalmente na determinação dos seus membros (COTTA et al., 2011).

O funcionamento e organização das reuniões do conselho, o envolvimento da comunidade nas ações públicas, o relacionamento do representante com a sua representação e as questões relacionadas ao poder e ao conhecimento são obstáculos presentes capazes de prejudicar a participação da comunidade (MORITA; GUIMARÃES; MUZIO, 2006).

Além dos fatores supracitados, a reduzida oferta de cursos relacionados às questões da saúde e controle social é uma realidade encontrada, dificultando, dessa forma, a melhoria da gestão participativa e atuação dos conselheiros (FERNANDES; SPAGNUOLO; NASCIMENTO, 2017).

Assim, para o fortalecimento da cidadania, necessita-se de um longo processo participativo das três esferas políticas, das organizações públicas e privadas e do cidadão consciente para atuar como protagonista social. Essa transformação passa pela educação de base, democratização de oportunidades e minimização de desigualdades sociais (ERDMANN

et al., 2008). Ademais, o diálogo é reconhecido por Soratto, Witt e Faria (2010) como instrumento eficaz para fomentar e buscar novos caminhos para a participação no SUS.

Nessa linha, para Cotta et al. (2011), a educação seria uma boa forma de transformação da realidade dos conselhos, sendo esta entendida como uma ação para a autonomia destes, por meio de um processo contínuo e participativo.

No campo da educação, cada vez mais necessita-se estimular a promoção da autonomia dos cidadãos por meio de práticas emancipatórias, entendidas como aquelas que possibilitam contribuir e melhorar as condições de vida, responder criticamente e assumir a liberdade. Essas práticas ensinam os sujeitos a acessar direitos e a lutar por eles, incentivam valores de solidariedade e resgatam a condição humana como condição social (CAMPOS et al., 2014).

A emancipação está associada com a aceitação do protagonismo e tomada de decisões a partir de seus princípios e concepções, em que o processo de formação é baseado em reflexões, privilegiando o aprender por meio do fazer e estimulando o pensamento a partir da interação e do diálogo crítico e aberto (CUNHA; VILARINH, 2009). Deste modo, possibilitando a corresponsabilidade do usuário em todo o processo participativo, com a democratização do acesso e das interações e fluxo constante de informações entre a população e os seus representantes (FERNANDES; SPAGNUOLO; NASCIMENTO, 2017).

Visando contribuir para uma prática mais efetiva de trabalhadores da saúde, o Ministério da Saúde propôs, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), alterada, em 2007, pela Portaria nº 1.996, que tem como diretrizes e estratégias a articulação entre as estruturas da gestão da saúde, ensino, órgãos de controle social e serviço, destacando o compromisso de ações e investimentos que contribuem para os avanços do SUS, proporcionando, dentre outras atividades, o fortalecimento do controle da sociedade acerca do sistema de saúde (BRASIL, 2004, 2007).

Tratando, mais especificamente, o universo dos conselheiros de saúde, com o objetivo de instrumentalizar o fortalecimento da democracia participativa, foi criado, em 2006, a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), destacando a educação permanente para o controle social (BRASIL, 2006):

Entendem-se como educação permanente para o controle social os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, por meio de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas (BRASIL, 2006 p. 7).

A proposta reúne o conjunto de contribuições, estudos, reflexões, debates, divergências e convergências em torno da qualificação de conselheiros (BRASIL, 2006).

A partir dessas perspectivas, destaca-se a importância do conceito de empoderamento (*empowerment*), definido como um processo de controle exercido por indivíduos ou comunidades sobre as decisões e ações referentes à saúde (MARTINS et al., 2008).

O empoderamento tem similaridade com o termo “libertação”, usado por Paulo Freire (1996) que refere que os cidadãos adquirem liberdade - no sentido de libertar-se de uma situação de exclusão social - por meio da educação, visto como fator predisponente para que o indivíduo reconheça e busque a prática participativa e de controle social.

Nesse sentido, Freire (1996) propõe a pedagogia libertadora, pautada no encontro dos sujeitos com a realidade em que estão inseridos, problematizando as suas vivências e re(construindo) suas formas de viver e, como resultado, (trans)formando-se. Aliado a isso, Morita (2002) recomenda que os diversos segmentos, representados dentro do conselho, passem por capacitações, discutindo além de conteúdos políticos, financeiros e organizacionais do sistema de saúde, a compreensão do outro, a participação coletiva e o respeito mútuo.

Há nesse contexto uma questão que é desafiadora e que se pretende responder: ***Existem estratégias que facilitem a aprendizagem e a participação dos conselheiros municipais de saúde de forma ativa e empoderada?***

Assim, torna-se fundamental desencadear processos de qualificações que possibilitem, além do entendimento da estrutura e funcionamento do SUS, uma compreensão ampliada do campo da saúde e da atuação dos conselheiros. Para isto, realizou-se a apresentação dos resultados em forma de artigos científicos com o propósito de possibilitar a compreensão dos achados de acordo com os objetivos, bem como contribuir com o encaminhamento para periódicos indexados.



## *2. Justificativa*

## 2 JUSTIFICATIVA

A necessidade desse trabalho se deu a partir dos resultados de dissertação de mestrado da pesquisadora (FERNANDES; SPAGNUOLO; NASCIMENTO, 2017) e veio ao encontro dos problemas vivenciados pela área de planejamento do Departamento Regional de Saúde VI (DRSVI), que apontou insuficiência de conhecimento, questionamento e argumentação dos conselheiros desta regional nos debates de saúde.

Mediante esse cenário, acredita-se que seja necessária a realização de um trabalho, envolvendo universidade, serviço e membros da sociedade organizada (conselheiros de saúde), como forma de contribuir para a prática efetiva da participação comunitária, sendo a mesma vista como um movimento coletivo capaz de solucionar os obstáculos políticos, dos conselheiros e da comunidade.

Sendo assim, realizou-se qualificação de conselheiros municipais de saúde por meio de oficinas educativas, acompanhamento e análise das mesmas a fim de sensibilizá-los por meio de diferentes temas levantados da realidade local com finalidade de empoderamento e construção de cidadania, possibilitando uma melhoria do controle social e a construção de práticas emancipatórias como resultado desse trabalho educativo.



### *3. Objetivos*

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Qualificar conselheiros/as municipais de saúde por meio de oficinas educativas e do método da pesquisa-ação, com vistas a melhorar a participação da comunidade enquanto diretriz do SUS.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar as temáticas discutidas nas reuniões dos conselhos municipais de saúde por meio de análise de documentos.
- Levantar as fragilidades e potencialidades da participação comunitária nos conselhos municipais de saúde por meio de revisão integrativa da literatura.
- Analisar mapas conceituais desenvolvidos em oficinas educativas no âmbito da capacitação profissional de conselheiros/as municipais de saúde.
- Compreender a percepção dos conselheiros em relação a sua função participativa nos conselhos de saúde.



## *4. Método*

## 4 MÉTODO

### 4.1 Referencial metodológico

Trata-se de pesquisa-ação com uso de métodos mistos que são usados para ilustrar múltiplos aspectos de um fenômeno ou para iluminar um problema de diferentes ângulos, obtendo uma variedade de informações (HOLLOWAY; WHEELER, 2010). Existem tipos ou estratégias de métodos mistos, sendo a **triangulação de métodos** a empregada neste estudo.

A triangulação de métodos é o processo pelo qual vários métodos são utilizados no estudo de um fenômeno para garantir a sua validade. Os resultados gerados por meio de um método são aprofundados com o uso de outro método específico (HOLLOWAY; WHEELER, 2010). Dessa forma, esta pesquisa adotou diferentes estratégias usadas em conjunto: análise de documentos, observação participante, mapa conceitual e grupo focal.

O aspecto qualitativo de uma pesquisa implica em considerar como sujeito de estudo as pessoas com suas crenças, valores e visões de mundo. Implica, ainda, considerar que “o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação” (MINAYO, 2000).

O delineamento de investigação dessa pesquisa foi a **pesquisa-ação** por ser adequada à identificação de problemas e possibilitar desenvolver potenciais soluções para resolvê-los em um local específico (POPE; MAYS, 2009; HOLLOWAY; WHEELER, 2010). Pode ser definida como:

Um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 2011 p. 20).

A pesquisa-ação é uma forma de pesquisa participante, pois a participação das pessoas na resolução dos problemas é totalmente necessária (THIOLLENT, 2011). Ademais, os pesquisadores/as trabalham explicitamente com, para e por pessoas em vez de realizar a pesquisa sobre elas (POPE; MAYS, 2009).

Quando se trabalha com pesquisa-ação, a pesquisa e ação caminham juntas, pretendendo-se transformar a realidade (FRANCO, 2005). Nesse sentido, há etapas gerais que devem ser cumpridas: planejamento, implementação, descrição dos resultados e avaliação das mudanças ocorridas (HOLLOWAY; WHEELER, 2010).

Franco (2005) descreve três conceituações diferentes de pesquisa-ação:

- a) A busca da transformação é solicitada pelo grupo à equipe de pesquisadores/as, a pesquisa é conceituada como pesquisa-ação colaborativa;
- b) A transformação é percebida como necessária a partir dos trabalhos iniciais do/a pesquisador/a com o grupo, decorrente de um processo que sustenta a construção cognitiva da experiência, valorizada por reflexão crítica coletiva, essa pesquisa é chamada de pesquisa-ação crítica;
- c) Se a transformação é previamente planejada sem a participação dos sujeitos, e apenas o/a pesquisador/a acompanhará os efeitos e avaliará os resultados das ações, ela é denominada pesquisa-ação estratégica.

Segundo Franco (2005), ao falarmos de pesquisa-ação deve-se pressupor a integração dialética entre o sujeito e sua existência; entre fatos e valores; entre pensamento e ação; e entre pesquisador/a e pesquisado/a.

Assim, a pesquisa-ação deve seguir determinados princípios norteadores (FRANCO, 2005):

- a) Ação conjunta entre pesquisador/a e pesquisados/as.
- b) Realização da pesquisa em ambientes onde acontecem as próprias práticas.
- c) Organização de condições de auto formação e emancipação aos sujeitos da ação.
- d) Criação de compromissos com a formação e o desenvolvimento de conduta crítico – reflexivos sobre a realidade.
- e) O desenvolvimento de uma dinâmica coletiva que possibilite o estabelecimento de referências contínuas e evolutivas com o coletivo, no sentido de apreensão dos significados construídos e em construção.
- f) Reflexões que atuem na perspectiva de superação das condições de opressão, alienação e massacre da rotina.
- g) Ressignificações coletivas das compreensões do grupo, articuladas com as condições sócias históricas.
- h) Desenvolvimento cultural dos sujeitos da ação.

Neste estudo foi utilizado o referencial metodológico de Franco (2005), com ênfase na **pesquisa-ação crítica**.

Esperamos que as pessoas envolvidas tenham atitudes voltadas à disponibilidade, à cooperação e ao envolvimento. No entanto, sabemos que tais disposições nem sempre estão, presentes no grupo. É necessário que o/a pesquisador/a saiba tecer e construir o sentimento de parceria e colaboração, gerando um clima grupal afetuoso (FRANCO, 2005).

Com relação ao planejamento da pesquisa-ação, observa-se uma flexibilidade, não seguindo, como em outros tipos de pesquisa, uma série de fases rigidamente ordenadas.

A imprevisibilidade é um componente fundamental à prática da pesquisa-ação. Considerá-la (a imprevisibilidade) significa estar aberto para reconstruções do processo, para retomadas de princípio, para recolocação de prioridades, sempre no coletivo, por meio de acordos consensuais, amplamente negociados (FRANCO, 2005 p. 493).

Entretanto, Franco (2005) propõe alguns momentos, denominados de processos pedagógicos intermediários, que devem ser priorizados num processo de pesquisa-ação, a saber:

a) Construção da dinâmica do coletivo

Consiste em uma fase preliminar que ocorrerá através da inserção do/da pesquisador/a no grupo, do autoconhecimento do grupo em relação às suas expectativas, possibilidades e bloqueios. Essa fase é fundamental para o estabelecimento de um contrato de ação coletiva, em que se esclarecem questões referentes à ética da pesquisa, compromissos com a ação coletiva e com as finalidades do trabalho que será desenvolvido.

A construção da dinâmica do coletivo tem uma ênfase no início da pesquisa, mas deve continuar em processo de aprofundamento até para depois da pesquisa terminada.

b) Resignificação das espirais cíclicas e produção do conhecimento e socialização dos saberes

O verdadeiro espírito da pesquisa-ação é a sua abordagem em espiral. É por meio dessa abordagem que surgem novos olhares, pra que dele surjam novas necessidades que implicam em novas práticas. É a referência à produção de conhecimento e a socialização dos saberes.

A pesquisa requer o registro minucioso dos dados, que precisa ser constantemente realizado. Sendo assim, é necessário utilizar um registro diário e cotidiano para objetivar o vivido e compreendido. Esses registros incluem:

Referências dos acordos estabelecidos para o funcionamento do grupo; dados referentes a compreensões, interpretações, sínteses das leituras de fundamentação teórica; descrição de atividades e práticas do grupo; síntese das reflexões e decisões grupais; caracterização das mudanças institucionais e administrativas que estão ocorrendo; descrição da participação dos elementos do grupo (FRANCO, 2005 p. 499).

Principalmente por meio das espirais cíclicas, esses dados são discutidos, refletidos, apropriados e ressignificados pelo grupo, o que gradativamente é transformado em conhecimento do/para processo da pesquisa. Sendo assim, essas compreensões, revisões, interpretações, análises precisam ser processadas por meio de registros críticos, caminhando desta forma para a construção de saberes (FRANCO, 2005).

c) Análise/redireção e avaliação das práticas

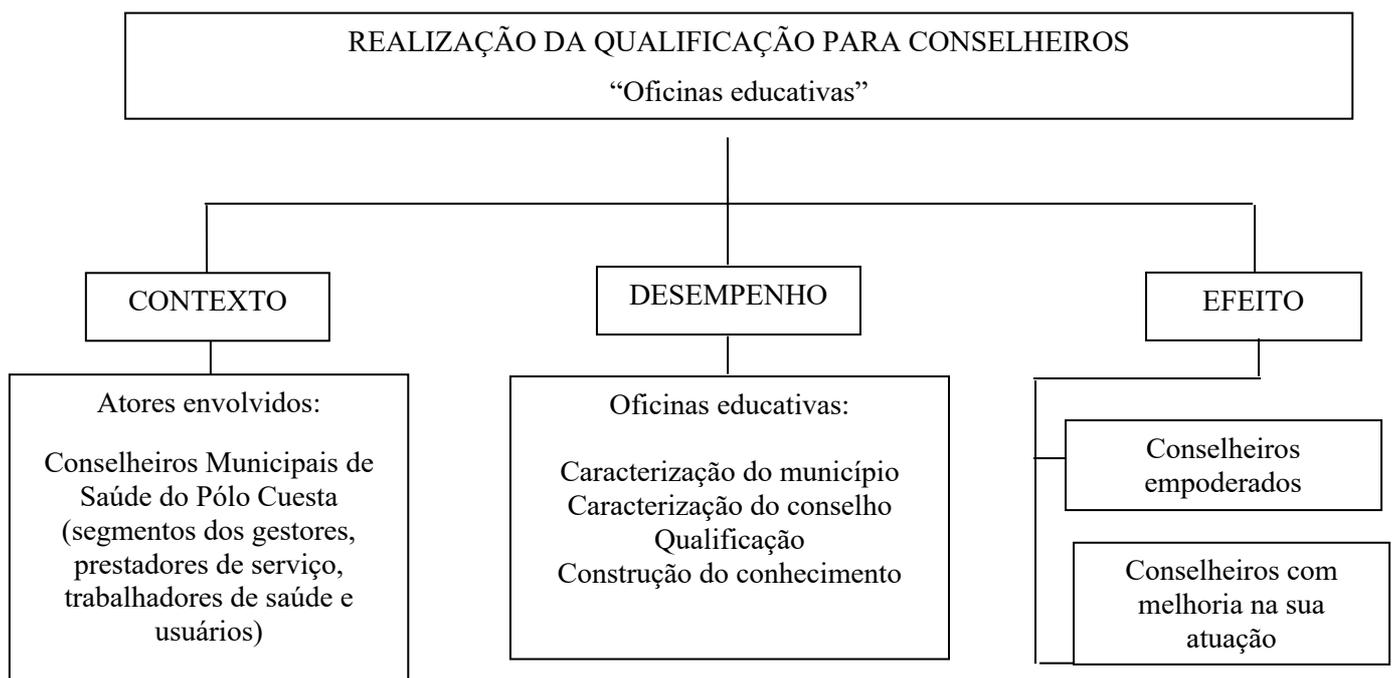
É necessário um trabalho contínuo para que os participantes e pesquisadores/as se auto observem e observem os outros, refletindo sobre as transformações na realidade que as ações práticas produzem, reconstruindo as percepções, construindo novos pensamentos sobre as práticas, trocando e analisando as compreensões (FRANCO, 2005).

d) Conscientização das novas dinâmicas compreensivas

Pensar no processo de pesquisa-ação é pensar em um processo que deve produzir transformações de sentido, ressignificações ao que fazemos ou pensamos. Essa transformação implica essencialmente mudanças em sua perspectiva como sujeito (FRANCO, 2005).

Assim, segundo Franco (2005 p. 501): “A pesquisa-ação pode e deve funcionar como uma metodologia de pesquisa, pedagogicamente estruturada”. A figura 1 apresenta o diagrama dessa proposta.

Figura 1 - Diagrama do delineamento do estudo. Botucatu. 2016.



## 4.2 Cenário e participantes da pesquisa

O cenário deste estudo foi constituído por três municípios da região de saúde do Pólo Cuesta, SP. A escolha dessa região se deu por amostra não probabilística por conveniência uma vez que se buscou uma amostra da população que fosse mais acessível para a pesquisadora.

A amostra não probabilística por conveniência é definida como aquela em que a seleção da população para compor a amostra depende de critérios subjetivos, ou seja, a pesquisadora elege membros a que tem acesso, reconhecendo que estes são capazes de retratar uma realidade, em que não se utiliza formas estatísticas para cálculo (OLIVEIRA, 2001).

A região de saúde do Pólo Cuesta, SP, é composta por 13 municípios, sendo eles: Anhembi, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, São Manuel e Torre de Pedra (SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2012).

Para selecionar os municípios do estudo, utilizou-se da classificação segundo o perfil populacional do Pólo Cuesta, SP, juntamente com a indicação da DRSVI, uma vez que existem dez municípios com a classificação de pequeno porte 1 e dois são de pequeno porte 2.

De acordo com os dados populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), são classificados como municípios de pequeno porte 1, aqueles com até 20.000 habitantes; municípios de pequeno porte 2, de 20.001 até 50.000 habitantes; municípios de médio porte, de 50.001 até 100.000 habitantes; municípios de grande porte, de 100.001 até 900.000 habitantes e metrópole, mais de 900.000 habitantes (IBGE, 2018).

Sendo assim, o quadro abaixo apresenta os municípios escolhidos (Quadro 1) que foram nomeados com as letras MPP1, MPP2 e MGP preservando o anonimato.

Quadro 1 - Distribuição territorial dos municípios escolhidos para a pesquisa. Botucatu. 2016.

<b>Distribuição territorial dos municípios</b>	<b>Município escolhido</b>
Pequeno porte 1	MPP1
Pequeno porte 2	MPP2
Médio porte	Não apresenta na região do Pólo Cuesta
Grande porte	MGP

Metrópole	Não apresenta na região do Pólo Cuesta
-----------	--

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

Os participantes do estudo foram os conselheiros municipais de saúde, titulares e/ou respectivos suplentes, de três municípios da região de saúde do Pólo Cuesta, SP, e que concordaram em participar da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – APÊNDICE A.

Dessa forma, foram convidados a participar da pesquisa os conselheiros titulares e/ou suplentes dos três municípios pertencentes ao Pólo Cuesta, totalizando 104 membros. Entretanto, concordaram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE 28 conselheiros.

Abaixo apresenta-se as tabelas que demonstram a distribuição dos participantes no estudo (tabela 1) e as características sócio demográficas (APÊNDICE B) dos conselheiros (tabela 2).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes no estudo, por município, 2017.

<b>PARTICIPANTES</b>	<b>Nº</b>
Conselho MGP	15
Conselho MPP2	08
Conselho MPP1	05
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

Tabela 2 - Características sócio demográficas dos participantes, 2017.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>FAIXA/TIPO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Categoria representativa no CMS</b>	Gestor	05	17,85
	Prestador de serviço	06	21,45
	Profissional da saúde	05	17,85
	Usuário	12	42,85
<b>Sexo</b>	Feminino	20	71,42
	Masculino	08	28,58
<b>Idade</b>	20 a 25 anos	02	7,14
	26 a 30 anos	02	7,14

---

	31 a 35 anos	05	17,85
	36 a 40 anos	01	3,57
	41 a 45 anos	03	10,72
	46 a 50 anos	05	17,85
	51 a 55 anos	01	3,57
	56 a 60 anos	04	14,29
	Acima de 60 anos	05	17,85
	Ensino fundamental	02	7,14
	Ensino médio	08	28,58
<b>Escolaridade</b>	Ensino superior	11	39,28
	Pós-graduação	07	25,00
<b>Profissão/ocupação</b>	Aposentado	04	14,29
	Assistente social	03	10,72
	Do lar	03	10,72
	Servidor público	03	10,72
	Estudante	02	7,14
	Psicólogo	02	7,14
	Contador	02	7,14
	Dentista	01	3,57
	Fisioterapeuta	01	3,57
	Comerciante	01	3,57
	Telefonista	01	3,57
	Bióloga	01	3,57
	Tesoureira municipal	01	3,57
	Auxiliar administrativo	01	3,57
	Psicopedagoga	01	3,57
	Enfermeiro	01	3,57

---

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

### 4.3 Construção das informações

Foram realizadas **análises de documentos** dos municípios e dos conselhos pertencentes à região de saúde do Pólo Cuesta e posteriormente oficinas educativas.

Esta análise permitiu a caracterização do município, sendo: a principal atividade desenvolvida, ramo de atividade predominante, população economicamente ativa, ano de criação e o regimento interno dos conselhos municipais de saúde. Esses dados foram solicitados às Secretarias Municipais de Saúde e também se recorreu a fontes secundárias, como as atas de reuniões dos conselhos, para complementar as informações do perfil do município e do conselho. Tal perfil foi necessário a fim de fundamentar a escolha do tema e subsidiar as discussões durante as oficinas.

Para a criação das primeiras oficinas, ofereceu-se temas orientadores que foram levantados previamente - por já serem considerados de importância pela área de planejamento da DRSVI, sendo: os princípios do SUS, instrumentos de acompanhamento, avaliação e fiscalização da gestão do SUS, participação e controle social, os conselheiros de saúde e suas realidades, planejamento em saúde: orçamento e financiamento, organização e funcionamento do sistema de saúde e as principais funções de ser conselheiro. Foram também colhidas sugestões de temas propostos pelos participantes mediante realidade local vivenciada pelos mesmos. O modo de funcionamento (horário, duração, frequência) foi estabelecido de acordo com os participantes (APÊNDICE C).

Realizamos 10 oficinas educativas sendo 4 no MGP, três no MPP1 e três no MPP2, no período de dezembro de 2016 a outubro de 2017.

Assim, a escolha quanto aos temas a serem trabalhados foram as seguintes (quadro 2):

Quadro 2 – Temas e características das oficinas realizadas. Botucatu. 2016.

<b>Município</b>	<b>Temas escolhidos</b>	<b>Mês e ano de realização</b>	<b>Duração da oficina</b>
MGP	Organização e funcionamento do sistema de saúde	Dezembro de 2016	120 minutos
	Planejamento em Saúde: Orçamento, e financiamento	Janeiro de 2017	120 minutos

	O controle das políticas e ações do SUS: mecanismos de acompanhamento, avaliação e fiscalização	Março de 2017	105 minutos
	Principais funções do conselheiro	Abril de 2017	110 minutos
MPP2	Organização e funcionamento do sistema de saúde	Junho de 2017	120 minutos
	Planejamento em saúde: orçamento e financiamento	Julho de 2017	120 minutos
	O controle das políticas e ações do SUS: mecanismos de acompanhamento, avaliação e fiscalização	Agosto de 2017	130 minutos
MPP1	Planejamento em saúde: orçamento e financiamento	Setembro de 2017	100 minutos
	O controle das políticas e ações do SUS: mecanismos de acompanhamento, avaliação e fiscalização	Outubro de 2017	120 minutos
	Principais funções do conselheiro	Outubro de 2017	100 minutos

Utilizamos conteúdos teóricos e oficinas norteadoras do Caderno de Atividades: curso de qualificação de conselheiros estaduais e municipais de saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) para embasar os conteúdos no desenvolvimento das oficinas.

#### 4.3.1. Observação Participante

A observação participante foi empregada com o objetivo de observar, acompanhar e registrar a dinâmica dos participantes no que diz respeito às suas experiências como conselheiro **durante as oficinas educativas**.

A técnica de **observação participante** é definida como:

Processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação com os observados e, ao participar da vida deles no seu cotidiano natural, colhe os dados (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

A observação participante resulta em uma fonte de dados que os/as pesquisadores/as utilizam para explorar e compreender a cultura ou grupo em um estudo. Dessa forma, o/a observador/a deve estar presente no cenário do estudo, tendo a necessidade de aprender sobre os comportamentos e atividades dos/as participantes (HOLLOWAY; WHEELER, 2010).

Para tanto, essa pesquisa se utilizou do tipo: **observador como participante**, observação caracterizada pela participação do observador marginalmente na situação. O observador participa apenas por estar no local em vez de trabalhar, vivenciar o local do estudo diariamente. As vantagens deste tipo de observação são a possibilidade de fazer perguntas e ser aceito como colega e pesquisador/a. (HOLLOWAY; WHEELER, 2010).

Algumas dimensões precisam ser observadas na observação participante (HOLLOWAY, WHEELER, 2010):

- Espaço: o local em que se realiza a pesquisa.
- Atores: os participantes da pesquisa.
- Atividades: o que está sendo feito.
- Objetos: o material e os objetos presentes no ambiente.
- Ações: ações individuais que as pessoas realizam no cenário.
- Eventos: relacionados as atividades e acontecimentos.
- Tempo: o tempo gasto na atividade.

- Objetivo: o que as pessoas estão com o objetivo de fazer.
- Sensação: o que as pessoas sentem e como elas expressam suas emoções.

Utilizamos o **diário de campo e fotografias digitais** como instrumento de registro das oficinas para descrever espaços físicos, quantidade de pessoas presentes, relatos de acontecimentos particulares, atividades, preocupações, ações, comportamentos, interações e conversas, bem como para o registro de reflexões quanto ao desenrolar do estudo. O diário de campo e as fotografias digitais foram registrados por uma assistente de formação superior da área da saúde e está autorizada pelo TCLE (APÊNDICE A).

Para Morim (2004), o diário de bordo, também conhecido como diário de campo, é um instrumento redigido pelo ator pesquisador/a que permite o registro das observações diárias, reflexões e acontecimentos importantes relacionados às ações empreendidas.

O diário de campo, portanto, nada mais é do que um registro fiel e detalhado de cada visita ao campo (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

#### 4.3.2. Mapa Conceitual

Ao final de cada oficina de qualificação utilizou-se o **mapa conceitual (MC)** como medida de acompanhamento e avaliação da aprendizagem dos conselheiros.

O MC é definido como um diagrama hierárquico que possui relação com os conceitos (SOUZA; BURUCHOVITCH, 2010), possibilitando a organização e representação do conhecimento, com o objetivo de proporcionar maior compreensão e assimilação com o tema de estudo (NOVAK; CAÑAS, 2010).

Configura-se como uma excelente estratégia de ensino/aprendizagem, bem como ótima ferramenta avaliativa, uma vez que possibilita, ao educador e ao educando, a percepção dos conceitos mais importantes em um contexto informacional e à assertividade das relações estabelecidas entre eles (SOUZA; BURUCHOVITCH, 2010).

É uma ferramenta avaliativa, capaz de compreender as ideias do aprendiz, ao propiciar a identificação e a análise dos erros, juntamente com a promoção de um diagnóstico apurado das mudanças cognitivas daquele que aprende (SOUZA; BURUCHOVITCH, 2010).

Os MCs possuem **conceitos**, geralmente dentro de círculos ou quadros, e **relações** entre conceitos, que são representados por linhas que os interligam. As palavras sobre essas linhas, que são palavras ou frases de ligação, descrevem os relacionamentos entre os dois conceitos (NOVAK; CAÑAS, 2010).

O conceito é definido como uma regularidade em eventos ou objetos, indicada, na maioria dos conceitos, por uma palavra, mesmo que, às vezes, sejam utilizados símbolos e mais de uma palavra. Além disso, no MC, há a presença de **proposições**, que são afirmações sobre objeto ou evento. Uma proposição é formada quando dois conceitos são interligados por meio de palavras, frases ou símbolos para compor uma afirmação significativa (NOVAK; CAÑAS, 2010).

O pressuposto conceitual para o uso do MC é a Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS), do construtivista David Ausubel, que diferencia o aprendizado mecânico do aprendizado significativo, e propõe que, para um aprendizado mais eficiente, é necessário que o conhecimento seja compreendido, significativamente relevante e bem integrado a conceitos anteriores (NOVAK; CAÑAS, 2010).

Assim, a aprendizagem significativa consiste na integração de novos conceitos à estrutura cognitiva do aprendiz, considerando o seu conhecimento prévio, com o objetivo de demonstrar aprendizagens inter-relacionadas, o que facilita o estabelecimento de associações conceituais sólidas (SOUZA; BURUCHOVITCH, 2010).

Pretende-se, dessa forma, possibilitar a organização do conteúdo de forma autônoma, estimular o pensamento crítico-reflexivo dos conselheiros e verificar o aprendizado desses membros por meio da integração dos diferentes conceitos, demonstrados nos MC construídos.

Ao final de cada oficina, foram realizados os MCs individuais e MC síntese pela pesquisadora, que se utilizou do *software* CMapTools® com a finalidade de auxiliar a editoração do material (FERREIRA; COHRS; DOMENICO, 2012).

O CMapTools® é um programa que pode ser obtido gratuitamente *on line* para criar esquemas conceituais e representá-los graficamente. O programa tem a capacidade de organizar o raciocínio, elaboração de caixas e setas, que unem um conceito ao outro, formando proposições (FERREIRA; COHRS; DOMENICO, 2012).

### 4.3.3 Grupo focal

O grupo focal foi proposto primeiramente pelo cientista social Robert Merton, na década de 1950, e ignorado pelos professores universitários na época, sendo posteriormente incorporado entre os pesquisadores/as de “marketing” que tão logo o consideraram como uma valiosa técnica de pesquisa (CARLINI-COTRIM, 1996).

Na área da saúde, o grupo focal foi sendo incorporado a partir dos meados dos anos 80 e, rapidamente, sua utilização cresceu em meados dos anos 90. Segundo a autora:

O grupo focal parece responder à nova tendência de educação para a saúde, que tem se deslocado da perspectiva do indivíduo para o grupo social, e da educação baseada em conteúdos e abordagens universais para uma educação centrada na perspectiva cultural dos seus possíveis beneficiários (CARLINI-COTRIM, 1996 p. 286).

Esta técnica tem sido utilizada com bastante frequência para compreender o fenômeno na área da saúde, sendo apropriada a pesquisas qualitativas em que se pretende explorar um “foco”, um ponto em especial, podendo ser empregada tanto em tema específico, cuja finalidade é deixar emergir as diferentes visões sobre o mesmo, ou ainda com um grupo, para se compreender as diferentes visões de mundo ou de determinados temas, ou mesmo quando se quer entender em profundidade um comportamento de um grupo determinado (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

Envolve um grupo de pessoas com experiências ou características em comum entrevistados por um pesquisador/a /moderador/a com a finalidade de obter ideias, pensamentos e percepções sobre um tópico específico de interesse (HOLLOWAY; WHEELER, 2010).

Pode-se considerar que o grupo focal, por meio de um fórum de discussão, possibilita a construção de um conhecimento coletivo do grupo (GUALDA; MERIGHI; OLIVEIRA, 1995).

Essa abordagem tem permitido ao/à pesquisador/a obter dados para seus estudos, garantindo aos/às participantes da pesquisa um espaço de reflexão de suas próprias concepções, uma auto-avaliação, e possibilitando mudança de paradigmas (RESSEL; GUALDA; GONZALEZ, 2004). Essas autoras referem que tais mudanças possam emergir do próprio grupo de estudo, sustentadas pelo contexto de suas vivências.

Para Carlini-Cotrim (1996), Minayo (2000) e Holloway e Wheeler (2010), o grupo focal, como citado anteriormente, pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo onde os/as participantes são escolhidos/as a partir de um determinado grupo, cujas ideias e opiniões são do interesse da pesquisa.

Sua essência consiste em se apoiar na interação entre seus participantes para construir informações, a partir de tópicos que são fornecidos pelo pesquisador/a (que poderá ser o moderador/a do grupo) (CARLINI-COTRIM, 1996).

O material obtido é transcrito como uma discussão em grupo, focada em um tópico específico (por isso grupo focal). O grupo é formado por quatro a 12 participantes e selecionados por compartilharem interesses e características em comum, relacionadas ao tópico que está sendo pesquisado (CARLINI-COTRIM, 1996; HOLLOWAY; WHEELER, 2010).

Cada encontro tem duração média de uma hora e meia, cabendo ao/à moderador/a criar um ambiente propício para que diferentes percepções e pontos de vista fluam sem pressões em seus participantes (CARLINI-COTRIM, 1996).

Após um mês da ocorrência das oficinas, realizamos **grupos focais** em cada grupo de participantes do conselho municipal com o intuito de avaliar o processo de qualificação dos conselheiros de saúde acerca de sua atuação participativa após oficinas educativas e responder aos objetivos dessa pesquisa. Foram aplicadas as seguintes questões norteadoras: *Como o/a Senhor/a percebe a sua participação no conselho municipal de saúde (CMS)? Em que pontos a qualificação que o/a Senhor/a participou contribuiu para a sua atuação como conselheiro/a? O que mudou após o processo de qualificação?*

Os dados do grupo focal foram analisados segundo **análise de conteúdo de Bardin (2011) na vertente temática**, que é conceituada como: “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 2011 p. 37).

Buscando atingir os significados manifestos e latentes no material transcrito, têm sido desenvolvidas como técnicas de análise de conteúdo a análise de expressão, a análise de relações, a análise temática e a análise da enunciação (MINAYO, 2000). No entanto, não existe nada pronto para aqueles que pretendem utilizar a análise de conteúdo como método em suas investigações.

O que existe são algumas regras básicas que permitem ao/à investigador/a adequá-las ao domínio e objetivos pretendidos, reinventando a cada momento uma maneira de analisar (MINAYO, 2000).

A análise de conteúdo, basicamente, desdobra-se em três fases, a saber, (BARDIN, 2011):

1. Pré-análise;
2. Exploração do material;
3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

- 1- **Pré-análise:** nesta fase, o/a pesquisador/a faz uma leitura flutuante, atividade onde se estabelece o primeiro contato com os documentos a serem analisados, deixando-se

tomar contato exaustivo com o material. Além da leitura flutuante, o/a investigador/a faz a escolha dos documentos, ou seja, procede a demarcação do universo de documentos sobre os quais se procederá a análise, portanto, constituindo o *corpus*, "conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos". Ainda nesta fase, podemos formular hipóteses e objetivos, não sendo obrigatório o estabelecimento de hipóteses como guia. Já os objetivos poderão ser aqueles que norteiam a investigação ou serem estabelecidos a partir desta fase. Seguindo os procedimentos da pré-análise, o autor recomenda que se determinem, também, as operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para a análise temática e de modalidade de codificação para o registro dos dados (BARDIN, 2011).

- 2- Exploração do material: ocorre logo após a pré-análise e consiste em uma fase longa de operações de codificação, enumeração, classificação e agregação, em função de regras previamente formuladas. Nesta fase, o material é codificado, ou seja, submetido a um "processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo". Para organização da codificação, são necessárias três escolhas: - o recorte (escolha das unidades); - a enumeração (escolha das regras de contagem); e - a classificação e a agregação (escolha das categorias). Para realizar o recorte do material, torna-se necessária a leitura do mesmo e a demarcação dos "núcleos de sentido", ou seja, das unidades de significação. Estas unidades podem ser chamadas de unidades de registro que nada mais são do que um segmento de conteúdo a ser considerado como unidade de base, visando à categorização e à contagem frequencial. No caso de uma análise temática, o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado. Logo, fazer uma análise temática consiste em descobrir os temas que são as unidades de registro neste tipo de técnica de análise, que corresponde a uma regra para o recorte. Após o recorte, ao invés de proceder à contagem das unidades de significação, a classificação e agregação em categorias será o significado, permitindo uma próxima fase denominada interpretativa, sem se preocupar em realizar inferências (BARDIN, 2011).
- 3- Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação: os resultados são submetidos a operações estatísticas, permitindo estabelecer quadros, diagramas, figuras e modelos.

A partir disso, é possível propor inferências e interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (BARDIN, 2011).

Inicialmente, realizamos leitura flutuante e exaustiva dos enunciados transcritos na intenção de familiarização com o texto e obter uma compreensão sobre o que o sujeito buscava comunicar. Em seguida, procedemos com a seleção temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido, ou elementos semanticamente semelhantes, para posterior categorização. Por último, foi realizada categorização dos dados conforme revelaram os enunciados com posterior discussão com a literatura.

#### 4.4 Referencias teóricas

Para as discussões, foram utilizados referenciais teóricos distintos. Assim para cada artigo confeccionado, empregamos os seguintes referenciais (quadro 3):

Quadro 3 – Referenciais teóricos utilizados a partir do projeto “Estratégias de mobilização para a participação comunitária de conselheiros municipais de saúde”. Botucatu. 2018.

Artigo 1	<b>Fragilidades e potencialidades da participação comunitária nos conselhos municipais de saúde: revisão integrativa</b>
Referencial teórico	Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS (Brasil, 2006)
Artigo 2	<b>Construção de práticas emancipatórias com conselheiros de saúde por meio de oficinas educativas e mapas conceituais</b>
Referencial teórico	Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS), do construtivista David Ausubel
Artigo 3	<b>Percepção de conselheiros municipais acerca da sua função participativa nos conselhos de saúde</b>
Referencial teórico	Democracia e Participação a partir dos pressupostos de Robert Dahl.

##### 4.4.1 Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS

No Brasil, com a criação do SUS, a formação dos trabalhadores da saúde ganhou uma maior importância. A partir de então, ações e estratégias foram reorientadas para promover a educação permanente em saúde. Dessa forma, foram editadas duas Portarias: nº 198 de 2004 e nº 1.996 de 2007, que preconizam a qualificação dos trabalhadores mediante a valorização da equipe multidisciplinar, com a integração ensino, serviço e comunidade, por meio de atividades que envolvam o ensino, a pesquisa, a extensão e a participação social (BRASIL, 2004, 2007; LEMOS, 2016).

A educação permanente para o controle social vem se difundindo por meio de programas realizados para a saúde, mas apenas no século XXI que ela foi instituída como uma política pública.

A Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS representa uma conquista legitimada nas reuniões do CNS, construída em conjunto com os conselhos municipais e estaduais de saúde, com a coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, e com as contribuições das oficinas regionais sobre o tema, realizadas em abril e maio de 2006 (BRASIL, 2006).

Nas discussões realizadas pelos participantes das oficinas, temas prioritários foram destacados: participação social, intersetorialidade, comunicação e informação, legislação do SUS e financiamento para o controle social. Esses assuntos foram adotados como os eixos estruturantes da política, considerados como tópicos prioritários na construção dos planos de ação dos conselhos de saúde e têm como intuito a melhoria dos conhecimentos dos sujeitos para o envolvimento da sociedade com a gestão pública (BRASIL, 2006).

O conjunto de ações descritas para cada eixo prioritário devem orientar os conselhos de saúde na formulação das políticas e de seus planos de ações no sentido de ampliar a participação da comunidade em favor do SUS e do controle social (BRASIL, 2006).

Assim, essa política veio para ampliar o conceito de qualificação de conselheiros e oportunizar o acesso às informações e ao conhecimento sobre o SUS para o efetivo exercício da cidadania à sociedade brasileira. Ela impulsiona o protagonismo dos conselhos de saúde em atuarem na formulação, fiscalização da política de saúde nas três esferas do governo. Seu principal objetivo é promover iniciativas educativas para fortalecer o controle social não restrita, necessariamente, aos conselhos, e sim, a toda população nos progressos do SUS (BRASIL, 2006).

Portanto, fez-se necessário o uso deste referencial teórico para o conhecimento da importância da formação de conselheiros a fim de consolidar espaços participativos institucionalizados e não institucionalizados de qualidade, que promovam a consciência do

papel do indivíduo participativo na sociedade e compreensão da dinâmica de atuação da saúde.

#### **4.4.2 Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS), do construtivista David Ausubel**

A Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS) de David Paul Ausubel é considerada uma teoria cognitiva, uma vez que ela busca elucidar os mecanismos que acontecem na mente humana com relação ao aprendizado, o armazenamento organizado de informações e à estruturação do conhecimento (MOREIRA, 2011).

Cognição é o processo por meio do qual o domínio de significados tem origem. À medida que o ser humano se dispõe, organizando o seu mundo, concebe relações de significação, ou seja, fornece significados à realidade em que se encontra. Esses significados não são estáticos, mas ponto de partida para a concessão de novos significados (MOREIRA; MASINI, 2006).

A estrutura cognitiva de cada indivíduo é imensamente organizada e hierarquizada, na medida em que as ideias ocorrem conforme a relação estabelecida entre elas. Além disso, esta estrutura possibilita a ancoragem e reordenação de novos conceitos e ideias que o indivíduo vai gradativamente aprendendo e internalizando, em um processo que se adquire e utiliza o conhecimento de forma única (AUSUBEL, 2003; MOREIRA; MASINI, 2006).

O olhar de Ausubel está frequentemente voltado para a aprendizagem, sendo ela encarada como organização e integração dos conceitos à estrutura cognitiva, podendo ser processada por: a) descoberta: em que o conteúdo do que está por aprender não é dado, mas descoberto de maneira independente pelo aprendiz antes de interiorizar; ou seja, ocorre a descoberta de algum princípio, relação ou lei, sendo utilizada na solução de um problema; b) recepção: em que o aluno recebe a informação pronta, como em uma aula expositiva, e a função do aprendiz é agir efetivamente sobre esse material, a fim de criar relações a ideias relevantes existentes em sua estrutura cognitiva, ou seja, ao aprendiz apenas se exige que ocorra a interiorização do material (AUSUBEL, 2003; MOREIRA; MASINI, 2006).

Assim, o conceito central da teoria de Ausubel é o de aprendizagem significativa, em que a natureza da aprendizagem (por recepção ou descoberta) ocorre quando as novas ideias se relacionam de forma não -arbitrária e substantiva com ideias existentes no pensamento humano, chamadas de subsunção, existentes na estrutura cognitiva do indivíduo.

Entende-se por não arbitrária a existência de uma relação lógica e explícita entre uma nova ideia e alguma outra já presente na estrutura cognitiva do indivíduo (AUSUBEL, 2003; MOREIRA; MASINI, 2006).

Além de não arbitrária, para ser significativa, a aprendizagem necessita ser também substantiva, ou seja, uma vez compreendido o conteúdo, o indivíduo deve ser capaz de explicá-lo com suas próprias palavras, sendo uma questão individual. Isso significa que o educando aprendeu o sentido, o significado daquilo que foi ensinado e tornou-se capaz de expressar o significado adquirido com as mais distintas palavras (AUSUBEL, 2003; MOREIRA; MASINI, 2006).

A aprendizagem significativa ocorre quando a nova informação se ancora em subsunçores relevantes existentes na estrutura cognitiva do aprendiz. Ausubel descreve o processo de aquisição e organização dos significados por meio do princípio de assimilação ou ancoragem, quando um conceito ou proposição, potencialmente significativo, é assimilado sob uma ideia ou conceito mais inclusivo, já existente na estrutura cognitiva. Entretanto, o significado das novas ideias, no decorrer do tempo, tende a ser influenciado por uma tendência reducionista capaz de haver o esquecimento, sendo dessa forma mais simples reter as ideias gerais do que as novas ideias assimiladas (AUSUBEL, 2003; MOREIRA; MASINI, 2006).

A TAS de Ausubel oferece, portanto, diretrizes, princípios e estratégias de facilitação da aprendizagem que permitem possibilitar a organização do conteúdo, estimular o pensamento crítico e verificar o aprendizado por meio da integração de conceitos, sendo adequada quando se utiliza o modelo de mapa conceitual como instrumento de construção de informações (MOREIRA, 2011).

#### **4.4.3 Democracia e Participação a partir dos pressupostos de Robert Dahl**

A democracia contemporânea e participação são temas de destaque para o cientista político Robert Dahl, que propõe uma reflexão teórica de democracia alinhada com a forma de viver politicamente dos cidadãos modernos. As democracias existentes são aproximações do ideal democrático e por isso são chamadas de poliarquias (DAHL, 2015).

A democracia possui como característica essencial a responsividade do governo às escolhas de seus cidadãos, que são considerados como iguais politicamente. Assim, para um governo ser responsivo às preferências de seus cidadãos, todos os cidadãos devem ter

oportunidades plenas de formular e expressar suas ideias por meio da ação individual e coletiva, e ter suas escolhas consideradas na conduta do governo, ou seja, respeitadas sem discriminação do conteúdo ou da origem da preferência. Essas são as condições necessárias à democracia, ainda que, possivelmente não sejam o bastante (DAHL, 2015).

Para o autor, a democratização é formada por duas dimensões: a amplitude de oposição ou contestação pública da população; e a inclusão, que se refere a proporção da população habilitada a participar, controlar e contestar a conduta do governo. Esta identificação de democratização com base nas duas dimensões, oposição e participação, permitem uma classificação dos regimes políticos, evidenciando uma maior ou menor proximidade do ideal democrático (DAHL, 2015).

Se um regime tem uma alta contestação pública, ele se torna mais competitivo. Já se o regime proporciona uma maior participação da população, ele está possibilitando uma maior popularização e inclusão. Dessa forma, as poliarquias são regimes que foram fortemente inclusivos e abertos à contestação pública (DAHL, 2015).

Com isso, Dahl abre espaço para as regras democráticas e participação dos atores políticos, com suas escolhas, tomadas de decisões, atitudes. E a forma como atuam desempenham um papel decisivo na obtenção e manutenção da democracia, permitindo a aplicação das suas ideias no universo dos conselhos de saúde (DAHL, 2015).

A escolha do referencial de Dahl deu-se a partir das reflexões sobre os debates existentes acerca dos direitos sociais e individuais que só podem existir nas sociedades em que os principais interessados são aqueles que têm oportunidade de participar, dialogar, defender seus direitos e conquistá-los, fato que se alinha com a dinâmica de atuação do CMS.

#### **4.5 Aspectos éticos**

A pesquisa foi desenvolvida respeitando os aspectos éticos conforme a Plataforma Brasil/Sistema CEP/Conep da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP sob número 1.578.025/2016. O estudo foi autorizado pela Comissão Intergestores Regional (CIR) do Polo Cuesta.

Os conselheiros de saúde, uma vez tendo manifestado concordância em participar da pesquisa, foram esclarecidos sobre os procedimentos da mesma e solicitados a assinar um TCLE.

Os grupos focais foram gravados e depois transcritos. Esse material foi guardado e eliminado após o término do estudo.

O estudo oferece algum risco de constrangimento aos participantes durante a realização das oficinas, uma vez que foram investigados fatores relativos ao seu processo de vida e trabalho, mas que foram minimizados e/ou eliminados pela garantia do anonimato e viabilização de um clima e ambiente amistoso.

No que diz respeito aos benefícios aos participantes, os achados da pesquisa poderão ser usados para subsidiar o planejamento de ações para melhoria da prática dos conselheiros.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em forma de relatório nos conselhos de saúde da pesquisa e no DRSVI, em reunião ordinária da Câmara Técnica e da CIR do Pólo Cuesta para ser validado.

Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (Processo 2016/19711-2): “Construção de práticas emancipatórias: pesquisa-ação como caminho de mobilização à participação comunitária”.



## *5. Resultados*

## **5 RESULTADOS**

### **5.1 Análise de documentos**

#### **5.1.1 O conselho municipal de saúde (CMS) do município de grande porte**

O município de grande porte está localizado no centro do Estado de São Paulo, a 235 km da capital paulista, em uma área de 1.482,642 km<sup>2</sup> e, segundo dados do IBGE, sua população estimada em 2018 foi de 144.820 habitantes (IBGE, 2018).

O perfil da atividade econômica encontra-se diversificado entre o comércio, indústria e agroindústria (plantio de culturas de laranja). Além disso, conta com setor ligado ao serviço, na área de educação, saúde e pesquisa (SÃO PAULO, 2014).

A Atenção Primária à Saúde está organizada em 19 Unidades de Saúde, sendo dois Centros de Saúde Escola, seis Unidades Básicas de Saúde, 14 Equipes de Saúde da Família, 12 Equipes de Saúde Bucal e uma equipe do Programa de Agentes comunitários de Saúde (PACS). Além disso, conta com quatro hospitais que prestam assistência à população local e regional, desde a Atenção Primária à Saúde à assistência por excelência em nível terciário.

O CMS foi constituído pela primeira vez no ano de 1992 e teve origem por meio da Lei Complementar nº 24, de 07 de novembro de 1991. É composto por 32 membros titulares e 32 membros suplentes (64 membros), distribuídos entre as seguintes categorias: 50% da composição do CMS são de entidades e movimentos representativos de usuários (32); 25% de trabalhadores da área da saúde (16); 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados (16) (SÃO PAULO, 1991a).

No período de outubro de 2011 a outubro de 2016, totalizando uma análise dos últimos cinco anos, o conselho do município de grande porte realizou 51 reuniões ordinárias, 10 extraordinárias e 12 foram canceladas devido à ausência de quórum. Como devem ocorrer reuniões ordinárias uma vez por mês, são previstas 60 reuniões para o período estudado, observando assim, uma adequada frequência das reuniões.

Na análise das atas, observa-se que os temas de maior discussão se referem à prestação de contas, processo eleitoral e organização das comissões do CMS (Tabela 3).

Por meio da observação participante das oficinas educativas, percebemos que os informes administrativos, como a participação em encontros, campanhas e apresentação dos

serviços, realizados durante às reuniões do conselho abrangem quase que a totalidade dos assuntos discutidos (Tabela 3). A prestação de contas ocorre de forma rápida e não explicativa; a mudança de organização dos conselheiros e a formação de comissões são questões que consomem tempo exagerado, sendo que o produto das atividades das comissões não é mencionado pelos participantes.

Tabela 3 - Frequências e percentuais dos temas discutidos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de grande porte, 2011 a 2016.

TEMÁTICA	TOTAL	
	N	%
Prestação de Contas	16	15,38
Processo Eleitoral do CMS	11	10,57
Comissões do CMS	10	9,61
Relatório Anual de Gestão	8	7,69
Plano de Ação DTS/AIDS	5	4,80
Plano de Ação de Vigilância Sanitária	4	3,84
Plano de Ação e Programação do Cerest	4	3,84
Definição de presidente e vice-presidente do CMS	4	3,84
SisPacto	4	3,84
Saúde Mental	4	3,84
Função dos conselheiros	3	2,88
Programação Anual de Saúde	3	2,88
Conferência Municipal de Saúde	3	2,88
Plano Municipal de Saúde	2	1,92
Regimento Interno do Conselho	2	1,92
Dengue	2	1,92
Plantas Medicinais e Fitoterápicas	2	1,92
Funcionamento do SAMU	2	1,92

Funcionamento do PS Adulto e Pediátrico	2	1,92
Sistema de Saúde de Cabo Verde- África	2	1,92
Apresentação de uma Organização Social (Fundação UNI)	2	1,92
Conus	1	0,96
Vigilância Epidemiológica	1	0,96
Aquisição de Equipamentos/Materiais	1	0,96
Plano Diretor Participativo	1	0,96
Apresentação de uma Associação de Proteção aos Animais (APA)	1	0,96
Apresentação de uma clínica para dependentes químicos (Desafio Jovem)	1	0,96
Apresentação de uma Associação de Pais e Amigos com Necessidades Especiais (APAPE)	1	0,96
Método de convocação dos conselheiros (e-mail, cartas)	1	0,96
Centro de convivência do idoso “Aconchego”	1	0,96
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

### 5.1.2 O CMS do município de pequeno porte 2

O município de pequeno porte 2 está localizado na região centro-sul do Estado de São Paulo, distante 284 km da capital paulista, em uma área territorial de 650,934 km<sup>2</sup> e sua população, estimada em 2018 foi de 40.781 habitantes (IBGE, 2018).

A atividade econômica encontra-se variada entre indústrias (segmento têxtil, alimentos e bebidas), comércio e produção agrícola (café, cana de açúcar e laranja). No setor saúde, a cidade dispõe de seis postos de saúde, distribuídos nos bairros e um hospital que atende a cidade e região. A cidade está a 22 km de distância de um hospital de referência, que é considerado centro de excelência em atendimento médico.

O CMS teve origem por meio de Lei nº 1.757, de 24 de julho de 1991, é composto por 24 conselheiros, sendo eles 12 titulares e 12 suplentes, distribuídos da seguinte forma (SÃO PAULO, 1991b):

I – Representante da administração pública: três do poder executivo municipal, sendo membro nato o Diretor Municipal de Saúde, um da Secretaria de Estado de Saúde.

II – Representantes de instituições prestadoras de serviço e trabalhadores da área da saúde: uma das instituições prestadoras de serviços sem fins lucrativos e um dos trabalhadores da área da saúde.

III – Representantes dos usuários: dois de sindicatos de trabalhadores, sendo um por entidade; um de conselho comunitário de moradores; um de sindicatos patronais; um das demais entidades representativas da sociedade civil e um do poder legislativo municipal.

No período de dezembro de 2011 a dezembro de 2016, totalizando uma análise dos últimos cinco anos, o CMS realizou 32 reuniões ordinárias. Nesse conselho as reuniões ocorrem de acordo com a demanda e convocação do presidente do CMS e não mensalmente como deveria ser.

Na análise das atas, observa-se que os temas de maior discussão se referem à prestação de contas, relatório anual de gestão e SisPacto (Tabela 4). Percebe-se que esses assuntos dão um enfoque exclusivo ao planejamento e controle social realizado pelos conselheiros, entretanto a apresentação realizada pela administração municipal ocorre de modo insuficiente ou inadequado, com a dificuldade em compartilhar informações.

Tabela 4 - Frequências e percentuais dos temas discutidos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Pequeno Porte 2, 2011 a 2016.

TEMÁTICA	TOTAL	
	N	%
Prestação de Contas	19	22,89
Relatório Anual de Gestão	5	6,02
SisPacto	5	6,02
Conferência de Saúde	4	4,81
Plano de Ação de Vigilância Sanitária	4	4,81
Processo eleitoral do CMS	4	4,81
Estratégia Saúde da Família	4	4,81
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	4	4,81

Residência Terapêutica	3	3,61
CAPS I	3	3,61
Dengue	3	3,61
Plano Municipal de Saúde	2	2,40
Plano da Rede Cegonha	2	2,40
Mudanças no Regimento Interno do CMS	2	2,40
NASF	2	2,40
Reestruturação do CMS	1	1,20
Plano Municipal da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica	1	1,20
Função do conselho	1	1,20
Protocolo de Enfermagem	1	1,20
Saúde Mental	1	1,20
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	1	1,20
Propostas de gestão	1	1,20
Pagamento do 13º salário dos funcionários da ESF	1	1,20
Sistema de acompanhamento dos conselhos de saúde (SIACS)	1	1,20
Aprovação de Convênio com o MS para construção de Academia de Saúde	1	1,20
Aprovação do projeto para liberação de verba do Governo Federal para a construção de Unidade de Saúde	1	1,20
Resolução 453 que define o funcionamento dos Conselhos de Saúde	1	1,20
SUS no município	1	1,20
Contratação de médicos para as unidades de saúde	1	1,20
Centro de Especialidades Médicas	1	1,20
Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)	1	1,20

Vacinação Anti-rábica	1	1,20
TOTAL	83	100

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

### 5.1.3 O CMS do município de pequeno porte 1

O município de pequeno porte 1 está localizado na região centro-oeste do Estado de São Paulo, em uma área territorial de 265,689 km<sup>2</sup> e sua população estimada em 2018 foi de 9.779 habitantes (IBGE, 2018).

A atividade econômica baseia-se exclusivamente na produção agropecuária, principalmente arroz, feijão, milho e a pecuária leiteira e de corte. O nível de renda apresenta-se de um a dois salários mínimos, sendo a industrialização ainda pequena com poucos recursos de emprego e grande imigração de jovens para outras localidades. No âmbito da saúde, a cidade possui uma Unidade Básica de Saúde (UBS), três Estratégias Saúde da Família (ESF), três PACS, duas equipes de saúde bucal e um pronto atendimento.

O CMS teve origem por meio da Lei n° 869 de 15 de julho de 1991, sendo composto por 16 conselheiros, sendo 8 titulares e 8 suplentes (SÃO PAULO, 2017)

No período de janeiro de 2013 a janeiro de 2017, totalizando uma análise dos últimos quatro anos, o conselho realizou 40 reuniões ordinárias, 3 extraordinárias e 2 foram canceladas devido à ausência de quórum. As atas dos anos anteriores a 2013 não foram encontradas. Observa-se na leitura das atas que as reuniões acontecem na maioria das vezes para repassar informes ligados a saúde do município, com poucas discussões.

Na análise das atas, verifica-se que os temas trabalhados são principalmente organização da ESF, construção e reforma da UBS e prestação de contas (Tabela 3). Evidencia-se que a apresentação de solicitações, informes e reivindicações relacionadas à assistência à saúde e infraestrutura são as principais manifestações dos conselheiros. Entretanto, os membros mostram-se conscientes da dificuldade do gestor em concretizar suas ações devido principalmente ao orçamento ou a falta de previsão orçamentária.

Uma particularidade do município estudado é que as atas eram assinadas pelos conselheiros sem a ocorrência das reuniões. Por meio da inserção na pesquisadora com o grupo, desvelou-se que os conselheiros não se reuniam adequadamente conforme o exposto nas atas das reuniões.

Tabela 5 - Frequências e percentuais dos temas discutidos nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de pequeno porte 1, 2013 a 2017.

TEMÁTICA	TOTAL	
	N	%
Estratégia Saúde da Família	7	8,23
Construção e reforma da UBS	7	8,23
Prestação de Contas	6	7,05
Relatório Anual de Gestão	5	5,88
Pronto Socorro	5	5,88
Atendimento no Hospital de Referência	4	4,70
SISPACTO	4	4,70
Vigilância Sanitária - PAVISA	4	4,70
Plano do Laboratório Regional de Próteses Dentárias	3	3,52
Contratação de Agentes Comunitários de Saúde	3	3,52
Reestruturação do CMS	3	3,52
E-SUS	2	2,35
Função dos conselheiros	2	2,35
Campanha de vacinação	2	2,35
Núcleo de Educação em Saúde	2	2,35
Saúde Mental no município	2	2,35
Academia de Saúde	2	2,35
Plano Municipal de Saúde	2	2,35
Dengue	2	2,35
Diabetes	2	2,35
Prevenção do Câncer de Mama	1	1,17
Sífilis	1	1,17
Medicamentos de Alto Custo	1	1,17

Atendimentos prestados a usuários vindos de outros municípios	1	1,17
Urgência e Emergência	1	1,17
Audiência Pública	1	1,17
Contratação de enfermeiros	1	1,17
Tratamento Fora do Domicílio	1	1,17
Cuidados aos pacientes crônicos e obesos	1	1,17
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS	1	1,17
Rede Cegonha	1	1,17
Transporte da Saúde	1	1,17
Mudanças na Secretaria Municipal de Saúde	1	1,17
Campanha de vitamina A	1	1,17
Atendimento da Farmácia	1	1,17
Resultados da semana saúde na escola	1	1,17
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

A análise de documentos, especialmente das atas das reuniões dos CMS nos três municípios estudados evidenciam que as reuniões são pouco explicativas e com pouco subsídio para a tomada de decisão.

## 5.2 Artigos produzidos

Os demais resultados estão organizados em conformidade com o modelo para publicação científica e sintetizados no quadro 4:

Quadro 4 – Produções científicas elaboradas a partir do projeto “Estratégias de mobilização para a participação comunitária de conselheiros municipais de saúde”. Botucatu. 2018.

Artigo 1	<b>Fragilidades e potencialidades da participação comunitária nos conselhos municipais de saúde: revisão integrativa</b>
Objetivo	Levantar as fragilidades e potencialidades da participação comunitária

	conselhos municipais de saúde por meio de revisão integrativa da literatura.
Artigo 2	<b>Construção de práticas emancipatórias com conselheiros de saúde por meio de oficinas educativas e mapas conceituais</b>
Objetivo	Analisar mapas conceituais desenvolvidos em oficinas educativas no âmbito da capacitação profissional de conselheiros/as municipais de saúde.
Artigo 3	<b>Percepção de conselheiros municipais acerca da sua função participativa nos conselhos de saúde</b>
Objetivo	Compreender a percepção dos conselheiros em relação a sua função participativa nos conselhos de saúde.

### 5.3 Artigo 1

#### **Fragilidades e potencialidades da participação comunitária nos conselhos municipais de saúde: Revisão Integrativa**

**Resumo:** Este artigo teve por objetivo levantar as fragilidades e potencialidades da participação comunitária nos conselhos municipais de saúde por meio de revisão integrativa da literatura. A construção de informações foi realizada em dezembro de 2017 e foram utilizados os bancos de dados LILACS, MEDLINE, BDENF e PUBMED. Atenderam aos critérios de seleção 14 artigos. Evidenciou-se como avanços da participação da comunidade a inserção de conselheiros nos processos decisórios, capazes de contribuir com a coletividade na luta pela garantia do direito universal à saúde. Entretanto, existem diversas dificuldades no exercício de ser conselheiro como a baixa visibilidade do conselho com a população, gerando uma cultura de pouca participação na formulação de ações, proposição de ideias e fiscalização das políticas. Assim, processos de capacitações de conselheiros de saúde são vistos como fundamentais para possibilitar tanto o entendimento da estrutura e funcionamento do sistema de saúde quanto uma compreensão ampliada da saúde. Conclui-se que há lacunas na participação da comunidade de conselheiros de saúde e necessidade de maior envolvimento da universidade - serviço e membros da sociedade como forma de fortalecer o controle social.

**Palavras-chave:** Revisão; Sistema Único de Saúde; Conselhos de Saúde; Participação da Comunidade.

#### **Fragility and potentials of community participation in municipal health councils: Integrative Review**

**Abstract:** This article aims to raise the weaknesses and potentialities of community participation in municipal health councils through an integrative literature review. Data collection was performed in December 2017 and LILACS, MEDLINE, BDENF) and PUBMED. They met the selection criteria 14 articles. The progress of community participation was demonstrated by the inclusion of counselors in the decision-making processes, capable of contributing to the community in the struggle for the guarantee of the universal right to health. However, there are several difficulties in the exercise of being a counselor such as the low visibility of the council with the population, generating a culture of little participation in the formulation of actions, proposition of ideas and fiscalization of the policies. Thus, training processes of health advisors are seen as fundamental to enable both

the understanding of the structure and functioning of the health system and an expanded understanding of health. It is concluded that there are gaps in the participation of the community of health advisors and the need for greater university-service involvement and members of society as a way to strengthen social control.

**Keywords:** Review; Unified Health System; Health Councils; Community Participation.

## **Introdução**

Os primórdios da participação comunitária no Brasil antecedem a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciando-se com os movimentos sociais e a Reforma Sanitária nas décadas de 70 e 80 <sup>1</sup>.

Esses movimentos sociais representaram a sociedade civil organizada na luta pela redemocratização da saúde, fato que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, um grande marco na nossa história, já que, pela primeira vez, a população pôde participar dessas discussões, refletindo a promulgação da Constituição Federal de 1988 <sup>2</sup>.

A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição Federal de 1988, foram consolidadas as Leis Orgânicas da Saúde, de nº 8.080/90 e nº 8.142/90, sendo a primeira regulamentada pelo Decreto nº 7.508/11. Essas leis estabelecem as diretrizes e normas relacionadas à organização e funcionamento do SUS, além de determinarem critérios de repasses financeiros para os estados e municípios e disciplinarem o controle social em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde <sup>3, 4, 5, 6</sup>.

Dessa forma, a participação da comunidade, como uma das diretrizes do SUS é entendida como um instrumento para fortalecer a democracia e ampliar a cidadania <sup>7</sup>. É preconizada em todas as esferas do governo e teve sua visibilidade potencializada junto aos conselhos de saúde <sup>4, 5, 6</sup>.

Os conselhos de saúde são definidos como instância colegiada, de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços e usuários, responsáveis por estratégias e controle da execução da política de saúde, inclusive no que se refere aos aspectos econômicos e financeiros <sup>5</sup>.

Para efetivar essas atribuições, partiu-se da ideia de que seria imprescindível uma distribuição democrática do poder, implicando, além do caráter deliberativo, uma composição justa dos segmentos representados. Assim, instituiu-se que 50% dos membros devem ser representantes dos usuários, 25% trabalhadores da saúde e 25% gestores, prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos <sup>5</sup>.

Diversos estudos sobre os conselhos de saúde têm demonstrado que apenas a distribuição equitativa não assegura por si só a consolidação da democracia. Há uma série de outros fatores que interferem no exercício do controle social pelos conselheiros <sup>8,9,10,11</sup>.

Nessa perspectiva, Pestana <sup>10</sup> ressalta que os fatores impeditivos de uma efetiva participação comunitária são muitos e complexos, englobam impasses e problemas de ordem política, econômica, social e cultural que resultam em perda de sentido político no exercício da cidadania.

Além dos fatores supracitados, percebe-se um desconhecimento sobre as bases legais e ideológicas da participação comunitária e uma forte influência política na dinâmica dos conselhos, principalmente na determinação dos seus membros <sup>8</sup>.

Para o fortalecimento da cidadania, necessita-se de um longo processo participativo das três esferas políticas, das organizações públicas e privadas e do cidadão consciente para atuar como protagonista social. Essa transformação passa pela educação de base, democratização de oportunidades e minimização de desigualdades sociais <sup>9</sup>.

Ademais, o diálogo é reconhecido como instrumento eficaz para fomentar e buscar novos caminhos para a participação no SUS <sup>11</sup>. Nessa linha, a educação seria uma boa forma de transformação da realidade dos conselhos, sendo ela entendida como uma ação para a autonomia destes, por meio de um processo contínuo e participativo <sup>8</sup>.

No campo da educação, cada vez mais se necessita estimular a promoção da autonomia dos cidadãos por meio de práticas emancipatórias, entendidas como aquelas que possibilitam contribuir e melhorar as condições de vida, responder criticamente e assumir a liberdade. Essas práticas ensinam os sujeitos a acessar direitos e a lutar por eles, incentivam valores de solidariedade e resgatam a condição humana como condição social <sup>12</sup>.

Portanto, é fundamental conhecer quais são as evidências científicas, apontadas pelas pesquisas, em relação à participação comunitária nos conselhos municipais de saúde? Qual o poder exercido pelos conselheiros de saúde nas políticas de saúde?

O presente estudo tem por objetivo levantar as fragilidades e potencialidades da participação comunitária nos conselhos municipais de saúde por meio de revisão integrativa da literatura.

## **Método**

Estudo de abordagem qualitativa apoiado na revisão integrativa de literatura, conforme os pressupostos de Ganong <sup>13</sup>, envolvendo seis passos: estabelecimento do

problema da revisão, seleção da amostra, categorização dos estudos, análise dos resultados, apresentação e discussão dos resultados e apresentação da revisão.

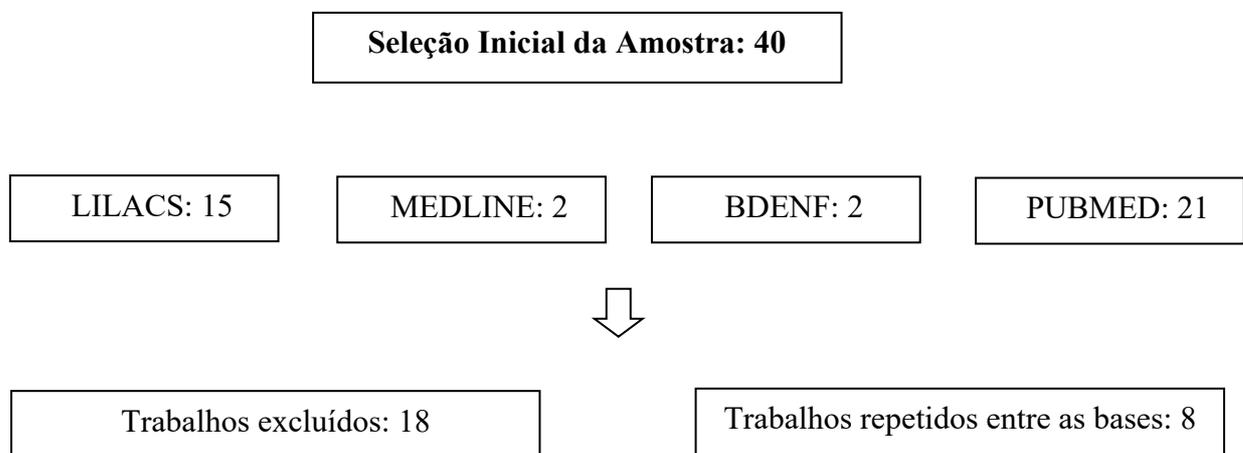
Para construção de informações, foram utilizados, durante o mês de dezembro de 2017, os bancos de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) e US National Library of Medicine (PUBMED).

Foram considerados descritores nos idiomas português, espanhol e inglês e seus sinônimos referenciados pelo Decs/Mesh: Poder (empoderamento, Power), Conselhos de Saúde (consejos de salud, health councils), Participação da Comunidade (Participação comunitária, Participação Popular, Participación de la Comunidad, Community Participation). Os manuscritos foram selecionados pelo título e resumo, sendo, posteriormente, avaliados na íntegra para completa apreciação do material.

Adotaram-se os seguintes critérios de inclusão: publicações completas em periódicos científicos, sem restrições de idiomas, e publicações compreendidas no período de 2007 a 2017. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão de literatura, comunicações, entrevistas, monografias, dissertações, teses ou capítulos de livros, artigos não relacionados à temática estudada e trabalhos repetidos entre as bases.

A amostra inicial contou com 40 artigos e, após aplicados critérios de inclusão e exclusão, resultou em um *corpus* de análise de 14 artigos, sendo 9 indexados na LILACS, um na MEDLINE, dois na BDENF e dois na PUBMED (figura 1). Para tanto, visando à sistematização dos dados, utilizou-se instrumento de fichamento, elaborado pelas autoras, em que constou título, ano, autores, objetivos e resultados.

Figura 1 - Fluxograma da constituição da amostra no período de 2007 a 2017.





LILACS: 9

MEDLINE: 1

BDENF: 2

PUBMED: 2

**Seleção Final da Amostra: 14**

A técnica de análise de conteúdo de Bardin <sup>14</sup> foi utilizada como estratégia metodológica qualitativa para organizar sistematicamente a produção do conhecimento. A discussão foi alicerçada pelo referencial teórico da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS <sup>15</sup>.

### Resultados e Discussão

O *corpus* de análise consiste em 14 artigos, sendo 9 indexados na LILACS, um na MEDLINE, dois na BDENF e dois na PUBMED. Na composição da amostra, o maior volume de artigos foi publicado no ano de 2010 (21,42%).

O quadro abaixo apresenta uma síntese dos 14 artigos sobre participação comunitária de conselheiros municipais de saúde (Quadro 1).

**Quadro 1** - Características dos artigos selecionados descritos por título, ano de publicação, autor e principais resultados.

Nº	Título/Ano	Autor	Resultados
1	Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um polo de Educação Permanente em Saúde (2007)	Kleba ME, Comerlato D, Colliselli L.	A experiência do curso de capacitação para conselheiros evidenciou a troca de conhecimentos e a ampliação do acesso às informações, tendo como desafio o fortalecimento do compromisso dos atores com o processo de educação permanente.
2	Participação social em saúde em áreas rurais	Bispo Júnior JP, Sampaio	Os conselhos de saúde estudados apresentam irregularidades quanto à sua

	do Nordeste do Brasil (2008)	JJC	composição, posse dos conselheiros, frequência das reuniões e ao envolvimento direto de representantes políticos. Também emergem o desinteresse e a desmotivação da população com questões coletivas.
3	Poverty in America: How Public Health Practice Can Make a Difference (2008)	Erwin PC	Grupos voluntários locais, chamados de conselhos de saúde do município (CHCs), determinaram as prioridades a serem trabalhadas entre os problemas de saúde identificados e entenderam a importância dos cuidados de saúde preventivos.
4	Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde (2009)	Saliba NA, Moimaz SAS, Ferreira NF, Custódio LBM	Os conselhos estudados são compostos por membros com pouco conhecimento sobre suas funções. Grande parte relatou ter dificuldade na compreensão de documentos. O repasse de informações à sociedade e a discussão sobre orçamento são ações a serem aprimorados.
5	A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política (2010)	Oliveira LC, Pinheiro R	A participação nos conselhos de saúde é um processo complexo e envolve o aprendizado de informações de saúde tanto dos gestores quanto dos usuários e profissionais, além da transformação das instituições e da cultura política.
6	Advocacy for active transport: advocate and city council perspectives (2010)	Richards R, Murdoch L, Reeder A I, Rosenby M	Os conselhos municipais são importantes aliados para aumentar a participação da população na atividade física. Entretanto, obstáculos para a melhoria dessa prática incluíram falta de força de vontade entre funcionários do conselho ou conselheiros e capacidade limitada do pessoal do conselho

			(tempo ou treinamento).
7	La gobernanza en los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder (2010)	Flores W, Gómez-Sánchez I	Os conselhos municipais de saúde da Guatemala revelam inconsistências entre os atores, que devem participar segundo o quadro legal e os atores que fazem isso na prática. A análise de níveis de assimetria de poder identificou que representantes da comunidade têm menos recursos de poder do que representantes institucionais (governo local e outras organizações governamentais).
8	Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde: a (re) significação do “ser sujeito” (2011)	Ribeiro FB, Nascimento MAA	Os conselheiros locais do município estudado ajudam a realizar ações educativas, mutirões de saúde e mudanças no processo de trabalho das unidades. Entretanto, é necessário empoderamento dos sujeitos, efetivando o exercício da cidadania para, de fato, transformar a realidade.
9	O Exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE (2012)	Duarte EB, Machado MFAS	As posições, os conhecimentos e a atuação dos conselheiros são distintos, segundo seu pertencimento aos diferentes segmentos sociais dentro do colegiado. Para esse fim, faz-se necessária uma política de educação permanente nos Conselhos, pois, sem formação e informação, não há poder de ação.
10	Conselhos Setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão (2012)	Ramos MF, Cezare JP, Vendramini PRJ, Coutinho	Para que os conselhos locais se tornem um canal de participação mais equilibrado, é preciso investir na capacitação dos conselheiros e em mecanismos de incentivo à participação de jovens.

		SMV, Fernandes V	
11	Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS (2013)	Shimizu HE, Pereira MF, Cardoso AJC, Bermudez XPCD	As fragilidades encontradas nos conselhos de saúde estudados foram constituídas por quatro classes: as limitações no poder de decisão, a burocratização das práticas cotidianas, as fragilidades da participação social e as limitações na prática da representação.
12	Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades (2015)	Busana JA, Heidemann ITSB, Wendhausen ALP	Os resultados apontam a necessidade de compreensão das funções dos conselheiros e dos conselhos locais de saúde para fortalecer ações de promoção à saúde tanto pelos próprios conselheiros quanto pela comunidade.
13	Ser conselheiro local de saúde em Feira de Santana, Bahia (2015)	Valeb PRLF, Limab MM	A experiência de ser conselheiro é motivada pela busca por melhorias na comunidade, com ênfase no trabalho coletivo, envolvendo sentimentos de doação, gratificação e favor ao próximo, face à sensação de desmotivação que pode ser justificada pelo caráter homologador que assume o conselho de saúde.
14	Conferência local de saúde a partir do itinerário de pesquisa de Freire: relato de experiência (2016)	Busana JA, Heideman ITSB, Wendhausen ALP, Lazzari DD	Ao utilizar o Itinerário de Pesquisa de Freire, por meio de ações dialógicas libertadoras que constituem os Círculos de Cultura, estes permitiram aos conselheiros participantes desta pesquisa discutirem e refletirem a respeito da realidade da comunidade, em relação a suas práticas participativas, suas potencialidades e suas

			fragilidades, para participarem do conselho local de saúde.
--	--	--	---

**Fonte:** Elaborada pelo autor, 2018

A análise de conteúdo na vertente temática <sup>14</sup> desvelou três categorias: “Avanços da participação comunitária nos conselhos de saúde”; “Barreiras da participação comunitária nos conselhos de saúde” e “O fortalecimento da participação comunitária por meio da capacitação”.

### **Avanços da participação comunitária nos conselhos de saúde**

A Lei nº 8.142 de 1990 representou um marco para a efetivação do controle social nas políticas de saúde, principalmente na democratização da gestão pública em favor dos serviços públicos de qualidade <sup>15</sup>.

Um primeiro conjunto de estudos retrata a vitória da participação de conselheiros no sentido de contribuir com a coletividade na luta pela garantia do direito universal à saúde <sup>16, 17, 18, 19</sup>, sendo o conselho visto como uma possibilidade de exercício da cidadania, uma vez que se estende o poder da representação popular à construção e gestão da política de saúde <sup>18, 19</sup>.

Os conselhos de saúde têm atribuições legais e específicas de controle social. A sua responsabilidade é a de contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a construção da política de saúde, baseada nos direitos à cidadania de toda a população, em defesa da vida e da saúde, com acesso universal, integral e igualitário <sup>15</sup>.

Portanto, são considerados como principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implementação das políticas públicas em todas as esferas governamentais. É importante destacar que o conselheiro deve ter a função de possibilitar que as informações e o poder de decisão sejam partilhados com a sociedade, fazendo com que o usuário dos serviços de saúde seja corresponsável pelo processo decisório, por meio de uma gestão participativa <sup>20</sup>, buscando cada vez mais representar a comunidade em que está inserido.

Os conselheiros eleitos representam a sociedade, são eles os que deverão comandar o processo participativo, são eles a voz representativa da população para formular e fiscalizar a saúde <sup>21</sup>. Dessa forma, a participação no conselho deve ser vista como de

relevância pública. Os seus membros precisam amparar o coletivo e suas corporações profissionais, de governo, prestadores ou usuários<sup>22</sup>.

Nessa perspectiva, o estudo que analisou o exercício do controle social, no âmbito do conselho municipal de saúde, evidenciou que é positiva a avaliação dos conselheiros atuantes quanto ao impacto do desempenho do colegiado para com a comunidade representada, ou seja, há resultados práticos das deliberações do conselho<sup>23</sup>.

Esse dado mostra que a percepção dos conselheiros em relação ao cumprimento da própria função no conselho é favorável, além disso, a articulação e o reconhecimento da importância de realizar parceria com outros colegiados e instituições, em busca de melhorias para a coletividade, são apresentados em alguns estudos como fortalezas da participação da comunidade<sup>17, 23, 24, 25</sup>.

O grau de interação entre o conselheiro e a instituição, categoria ou comunidade que indicou ou elegeu se mostrou positiva em dois estudos, uma vez que há regularmente repasse das informações discutidas, nas reuniões, para suas instituições, dando a estas reconhecimento das deliberações do colegiado<sup>16, 23</sup>.

Assim, a participação da comunidade por intermédio dos conselheiros é algo conquistado e indispensável para o melhor funcionamento do SUS. Os representantes eleitos devem cumprir o compromisso de articular-se com outros atores na representação de suas entidades, participar dos debates existentes, divulgar as reuniões do conselho em suas respectivas entidades e comunidade, ter o conhecimento das suas atribuições e ser um sujeito que não se deixe corromper, pois sua grande atuação é como agente fiscalizador<sup>26</sup>.

Outro estudo salientou que os conselheiros relatam cumprir seu papel, gostam de atuar na formulação das estratégias e no controle das ações da política de saúde, compreendem os assuntos discutidos e sentem-se à vontade e sem inibição nas reuniões, destacando a harmonia nas discussões coletivas<sup>23</sup>.

Há evidências de que as reuniões e discussões do conselho melhoram a autoestima dos conselheiros e fazem-os sentir úteis, com a satisfação em ser alguém produtivo, em poder ajudar o outro<sup>18, 19</sup>.

Na perspectiva de Kleba<sup>27</sup>, o conselho municipal de saúde constitui-se como locus privilegiado de construção da cultura cívica e de mudança da sociedade. Para isso, requer o comprometimento dos conselheiros com as suas ações, visando incentivar e aprimorar processos de organização, mobilização e engajamento coletivo.

Este fato se alinha com diversos estudos que retratam a participação como um processo de aprendizagem que permite a troca de saberes, em que os conselheiros aprendem sobre a política de saúde e, igualmente, a ensinar, ouvir e conviver com as diferenças<sup>16, 18, 19</sup>.

Assim, evidencia-se que a participação no conselho é algo que gera conhecimento, infiltrando-se em todos os aspectos dos indivíduos, seu trabalho e estilo de vida. Nos conselhos, os cidadãos estabelecem relação com diversos atores, configurando-se como ambientes potencialmente democráticos e plurais, compreendendo, por isso, um espaço que possibilita a troca de experiências e o aprendizado mútuo<sup>28</sup>.

Deve-se, portanto, fortalecer a atuação dos conselheiros de saúde como sujeitos sociais que colaboram, como representantes da sociedade, para a formulação e deliberação da política de saúde, por meio de reflexões sobre o processo de formação de políticas públicas e mobilização social<sup>15</sup>.

Acredita-se que a verdadeira participação popular ainda está em construção, a exemplo do sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, a diretriz da participação da comunidade exercida pelos conselheiros de saúde segue a mesma tendência, com fragilidades a vencer, porém com avanços que devem ser destacados.

A celebração da participação da comunidade implica defender o SUS por meio de um movimento de mobilização social que veio para articular, de forma permanente e organizada, os diferentes setores da sociedade que estão comprometidos com o sistema público de saúde. Deve-se dar força aos conselhos, abrir um espaço para que eles sejam os interlocutores da sociedade e incentivar suas ações a fim de que eles funcionem plenamente para a concretização da cidadania.

### **Barreiras da participação comunitária nos conselhos de saúde**

Em meio a vários conselhos funcionando bem, encontram-se sérias dificuldades em outros, com pontos críticos que devem ser solucionados. Esta categoria aponta as nuances que colaboram para as adversidades ligadas ao cargo de conselheiro no contexto da saúde pública brasileira.

O funcionamento do conselho ainda está demasiadamente atrelado às ações da gestão, ou seja, o poder na hora de decidir, debater, formular e fiscalizar as políticas está nas mãos dos gestores<sup>23, 24, 29, 30</sup>. Esse fato fica ainda mais perceptível naqueles conselhos em que há o autoritarismo da gestão, evidenciado pela manipulação ou perseguição dos representantes do governo em relação a alguns conselheiros<sup>16, 18, 24</sup>.

Muitos temas debatidos nos conselhos são definidos pelo administrador municipal, havendo um controle dos mesmos na agenda de discussão<sup>23, 24, 29, 30</sup> ou ocorrendo a escolha de representantes por meio de métodos não democráticos, na maioria das vezes por indicação<sup>16, 24, 29, 30</sup>.

Os resultados desses estudos encontram consonância com o estudo de Rocha<sup>32</sup>, segundo o qual é baixo o acesso dos conselheiros às informações de saúde, com vantagens para algumas categorias, sobretudo, os representantes do poder público. Essa realidade pode gerar certo grau de controle daqueles que detêm o conhecimento sobre as informações relativas à política de saúde, restringindo o debate e gerando monopólio na definição das pautas das reuniões do Conselho.

Esse cenário pode ser discutido à luz da perspectiva foucaultiana, uma vez que a diferença de posição pode gerar relações de poder dissimétricas que, por sua vez, podem influenciar a dinâmica do conselho de saúde. O poder está nas relações, não podendo ser dominado ou possuído, mas tão somente exercido. Entretanto, existem mecanismos que se configuram como estratégias de poder e o saber configura-se como um desses dispositivos<sup>33</sup>. Nessa perspectiva, o lugar privilegiado ocupado pelos gestores delinea um saber específico que lhes permite comandar as discussões e, dessa forma, fragilizar a configuração democrática dos conselhos.

Aliados a isso, alguns conselhos estão com sua estrutura física e administrativa na Secretaria de Saúde<sup>23, 24</sup> e outros há, ainda, em que os representantes políticos, como prefeitos e vereadores, ocupam vagas de conselheiros, que muitas vezes são renovadas quando ocorre a posse de um novo chefe do poder executivo municipal<sup>29</sup>.

Existem também cidadãos que participam de vários conselhos municipais, acumulam as funções, e as decisões vão sempre para as mãos das mesmas pessoas. Os mais tímidos não se arriscam a pedir a palavra e, às vezes, não são vistos nem ouvidos quando iniciam uma fala, sendo que os mais corajosos e/ou experientes tomam parte do debate e compartilham o poder de decisão<sup>16, 29</sup>. Dessa forma, são sempre as mesmas pessoas que participam do conselho, normalmente as com mais experiência<sup>24</sup>. Outras, no entanto, sem poder de voz, acabam saindo e gerando uma alta rotatividade de alguns representantes<sup>29</sup>.

Aliado a isso, percebe-se uma menor participação dos integrantes do segmento dos usuários, evidenciando uma disparidade no grau de participação dos segmentos, sendo a paridade uma dificuldade a ser superada dentro do conselho<sup>19, 23, 29, 30, 34</sup>.

Sabe-se que a composição dos conselhos prevê a heterogeneidade e composição paritária dos usuários, sendo compostos por “50% de entidades de usuários; 25% de entidades

dos trabalhadores da saúde; 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos”<sup>5</sup>, entretanto a garantia jurídica da presença de usuários na metade dos assentos do colegiado não garante a sua participação efetiva<sup>23, 29, 30</sup>. Muitos destes sentem-se frustrados pelo pouco poder de influência no conselho<sup>29, 30</sup> aliado à falta de formação na área da saúde, dificultando a participação e o entendimento das possíveis ações a serem realizadas<sup>18</sup>.

As dificuldades em lidar com computador, realizar pesquisas na internet, entender a linguagem utilizada em livros e legislações são aspectos igualmente negativos para atuar no conselho<sup>18</sup>.

A discussão de estratégias de estruturação e articulação de canais permanentes de informações sobre os instrumentos legais— leis, normas, decretos e outros documentos que fazem parte da institucionalização do SUS— é inserida como objetivo da Política Nacional de Educação Permanente para Controle Social no SUS, visando o fortalecimento dos conselheiros como sujeitos sociais que participam da formulação e deliberação das ações de saúde<sup>15</sup>.

Observa-se que atualmente tem crescido a divulgação de informações e dados envolvendo doenças, pesquisas, diagnósticos, entre outros, pelos meios de comunicação, o que já caracteriza um avanço na disseminação de informação em saúde<sup>35</sup>. O grande desafio é o de tornar essa informação acessível aos usuários, de forma a permitir que qualquer pessoa possa se apropriar do conhecimento de forma ágil e clara.

A visibilidade dos conselhos é extremamente importante para a efetivação da diretriz da participação da comunidade, caracterizando-se pela transparência das ações, por meio da criação de canais de comunicação desobstruídos com a população. Proporcionar o fluxo constante de informações para os usuários geraria uma relação maior de corresponsabilidade na gestão da saúde<sup>36</sup>.

Alguns trabalhos, entretanto, apontam a baixa visibilidade do conselho pela população em geral, isto é, existe uma falta de articulação do conselho com a população local, que tem uma cultura de pouca participação na formulação de ações para a resolução dos problemas de saúde<sup>18, 23, 24, 31</sup>. A população tende a ser desinteressada e desmotivada com as questões políticas para a tomada de decisões coletivas<sup>16, 18, 19, 24, 29</sup>, principalmente os jovens<sup>34</sup>.

Segundo Carvalho<sup>21</sup>, cada vez mais temos menos pessoas participando das grandes lutas, o que pode ser explicado por duas vertentes. De um lado, aquelas pessoas e movimentos que participaram no passado durante anos, hoje veem com preocupação a

incapacidade de manter viva a importância de batalhar por um objetivo comum; de outro lado, a grande dificuldade em trazer à participação novos membros.

Ocorre que, em muitos conselhos, não há uma regularidade na frequência das reuniões, não há um calendário fixo, uma convocação mensal, sendo que, na maioria das vezes, o número de encontros é inferior ao preconizado, gerando uma descontinuidade de funcionamento<sup>16, 29, 30</sup>, bem como a falta de vontade política para realizar mudanças<sup>25</sup>.

Nesse caminho, observa-se nos estudos a existência de conselhos com pouca resolutividade<sup>18, 25</sup>, marcados por conselheiros atuantes de forma independente e individual, não existindo espaços de discussões coletivas<sup>16, 24, 29, 30</sup>.

Isso se reflete na realidade com um baixo número de conselheiros capacitados, que não conhecem o seu papel e não estão preparados para exercer a sua função<sup>16, 17, 18, 19, 23, 24, 31</sup>.

Prova disso é que, em grande parte dos estudos<sup>16, 18, 19, 20, 23, 29</sup>, os conselhos não exerciam de forma efetiva a sua função fiscalizadora, de acompanhamento e controle dos recursos destinados à saúde. Os exercícios financeiros de anos não foram avaliados pelos conselheiros e, mesmo quando as contas foram aprovadas, esse processo ocorreu apenas para cumprir as exigências legais. As prestações de contas ocorriam de forma rápida e sucinta e com aprovação imediata dos conselheiros; mesmo diante de irregularidades, as contas sempre eram aprovadas.

Fiscalizar contas públicas é uma atividade difícil e requer competência específica. Os conselheiros relatam que há pouco tempo para a análise mais detalhada dos gastos, pois estes passam muito rapidamente pelo conselho<sup>16, 17, 24, 29, 31</sup>.

O tempo e o fato da participação no conselho serem uma atividade voluntária e sem remuneração são explicações dos conselheiros para algumas dificuldades<sup>29</sup>. O cidadão moderno tem de trabalhar para sobreviver e a participação nas instâncias colegiadas ocupam muito tempo, com reuniões demoradas e dispersas<sup>16, 17, 18, 24, 30</sup>.

Um objetivo da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS é contribuir para a ampliação e qualificação da participação social na formulação, gestão e controle social, tendo por base o entendimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, o que implica o acesso às informações e ao conhecimento sobre o SUS, inclusive no que diz respeito aos gastos públicos<sup>15</sup>.

Assim, diante de inúmeras dificuldades, torna-se fundamental desencadear processos de capacitação de conselheiros de saúde que possibilitem, além do entendimento da

estrutura e do funcionamento do SUS, uma compreensão ampliada da saúde, fomentadora de práticas libertadoras com vistas à melhoria da participação comunitária.

### **O fortalecimento da participação comunitária por meio da capacitação**

A partir do surgimento do SUS, ocorreram mudanças e avanços nas políticas de saúde, dentre elas a participação comunitária se efetivando com a inclusão de novos atores sociais no processo decisório, o que repercutiu de maneira positiva para a consolidação da democracia. Cabe ressaltar que é de suma importância a participação de cidadãos de forma autônoma, crítica e engajada nas questões coletivas e sociais, de modo que viabilizem a transformação da realidade vivida no seu próprio sistema sanitário e no seu contexto de vida <sup>37</sup>.

O empenho pela manutenção do direito de exercer a participação no SUS tem tornado acessível a inserção da população nos conselhos de saúde, aumentando o interesse da sociedade em questões da saúde pública e gerando necessidade de conhecimento para as atividades realizadas <sup>15</sup>.

A promoção de locais de troca e convivência entre os conselheiros auxilia o reconhecimento das possibilidades e dos desafios inerentes à participação comunitária <sup>18, 19, 38, 39</sup>.

Com o intuito de fortalecer as atividades participativas, diversos estudos apontam a capacitação como processo de aprendizagem, pois permite reflexão crítica sobre a realidade <sup>19, 39, 40</sup> e acesso às informações claras e precisas <sup>18, 19, 23, 31</sup>.

A capacitação é uma oportunidade de contribuição para melhoria de acesso, análise e organização das informações e decisões sobre o que está sendo tratado dentro do conselho. Por meio dessa prática, o conselheiro consegue exercer a sua função com entendimento e compreender que as ações propostas estão em consonância com as políticas públicas de saúde <sup>26</sup>.

Ressalta-se que todo o processo de formação, capacitação e educação permanente para fortalecimento do controle social foi construído pela vontade e empenho dos conselheiros no passado. A Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS representa uma conquista legitimada nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde, construída em conjunto com os conselhos municipais e estaduais de saúde, com a coordenação da Plenária Nacional de Conselhos de Saúde <sup>15</sup>.

Essa política veio para ampliar o conceito de capacitação de conselheiros e oportuniza o acesso às informações e ao conhecimento sobre o SUS para o efetivo exercício da cidadania pela sociedade brasileira <sup>15</sup>.

São cinco os eixos estruturantes considerados prioritários para a elaboração dos planos de ação dos conselhos de saúde: participação social; financiamento da participação e do controle social; intersetorialidade; informação e comunicação em saúde e legislação do SUS. Esses eixos têm por finalidade atualizar e aperfeiçoar os conhecimentos dos sujeitos sociais <sup>15</sup>.

Dessa forma, a educação permanente de conselheiros constitui um espaço privilegiado de encontro, integração, diálogo e debates entre atores municipais que atuam em regiões próximas, possibilitando a construção de redes colaborativas na construção social da saúde <sup>19, 38</sup>.

Faz-se necessário dialogar com os conselheiros sobre sua atuação como atores sociais, visando contribuir para a formação de sujeitos críticos e proativos, capazes de construir a sua própria trajetória política <sup>18, 38, 39, 40</sup>.

A elaboração da pauta, a redação da ata e outros componentes do cotidiano dos conselhos são elementos fora do controle dos seus participantes, tendo como resultado o não reconhecimento da importância desses dispositivos na efetivação do controle social. O resgate do significado desses instrumentos é essencial para possibilitar que o conselho constitua um espaço de aprendizagem, fortalecendo o empoderamento dos indivíduos <sup>38</sup>.

Destaca-se a importância do conceito de empoderamento, definido como um processo de controle exercido por indivíduos ou comunidades sobre as decisões e ações referentes à saúde <sup>37</sup>.

Deve-se favorecer o empoderamento dos atores sociais para que os mesmos sejam incitados a tomar as decisões pertinentes à melhoria das suas vidas, da família e comunidade <sup>18, 19, 38, 39, 40</sup>.

O empoderamento tem similaridade com o termo “libertação”, usado por Freire <sup>41</sup>, segundo o qual os cidadãos adquirem liberdade - no sentido de libertar-se de uma situação de exclusão social - por meio da educação, vista como fator predisponente para que o indivíduo reconheça e busque a prática participativa e de controle social.

Nesse sentido, a pedagogia libertadora de Paulo Freire tem sido empregada como referência nos encontros com os conselheiros, uma vez que permite conhecimento da realidade e, principalmente, garante o diálogo, a troca de experiências, a qualificação e a participação <sup>18, 39</sup>.

É crucial que reconheçamos a realidade para transformá-la, necessitando o envolvimento de atores engajados na construção de políticas públicas<sup>18, 38, 39, 40</sup>, sendo a metodologia ativa problematizadora referida como desejável, uma vez que o ponto de partida é a realidade em que a pessoa está inserida<sup>18, 38, 39</sup>.

A avaliação dos conselheiros participantes das capacitações realizadas em dois estudos constatou que houve ampliação do acesso às informações e melhora na tomada de decisões, isso porque promoveu a troca de conhecimentos e de experiências entre os diferentes atores participantes<sup>38, 39</sup>.

Logo, há que se introduzir capacitações inseridas em uma política de educação permanente para assegurar que os representantes da comunidade estejam em todos os momentos devidamente qualificados e que, ao menos, tenham o conhecimento de seu papel, para que atuem assim dentro do que é preconizado no regimento interno do conselho e demais leis e resoluções que se referem a ele.

Portanto, para ocorrer uma participação efetiva do conselheiro, é preciso um bom processo de capacitação, pois este é um caminho através do qual as informações serão compartilhadas. Quanto mais informações forem adquiridas, melhor será a visibilidade, o empoderamento e o sentimento de pertencer ao grupo, o que refletirá, com o tempo, no fortalecimento de posicionamentos participativos.

## **Conclusão**

Os resultados permitiram compreender a diversidade com que se processa a dinâmica da participação comunitária de conselheiros de saúde, revelando conquistas, dificuldades e desafios.

A legitimação do conselho como possibilidade de exercício da cidadania, em que usuários do sistema de saúde podem discutir, deliberar e formular novas estratégias para a melhoria do SUS é um cenário favorável constatado. Entretanto, obstáculos foram apontados, como a insuficiência de conhecimento, o questionamento e a argumentação dos conselheiros nos debates de saúde, revelando tanto o despreparo quanto a falta de poder nas discussões realizadas.

Sendo assim, a capacitação é proposta como atividade útil de aprendizagem, uma vez que permite o empoderamento e a construção de cidadania, possibilitando uma melhoria do controle social e a elaboração de práticas emancipatórias.

Mediante esse cenário, entende-se que seja necessária a realização de trabalhos maiores envolvendo universidade, serviço e membros da sociedade organizada, como forma de contribuir para a prática efetiva da participação comunitária, sendo esta vista como um movimento coletivo capaz de solucionar os obstáculos políticos, dos conselheiros e da comunidade.

Acredita-se que a contribuição deste estudo consistiu em desvelar como ocorre a participação comunitária nos conselhos de saúde e a realidade dos conselheiros, evidenciando avanços, lacunas e ideias que abrem possibilidades de intervenção.

Espera-se que o presente estudo possa colaborar no debate acerca da melhoria da participação comunitária de conselheiros de saúde, com vistas ao enfrentamento das dificuldades apontadas. Para tanto, mostra-se fundamental o estabelecimento de fóruns de discussão destinados ao tema, mesas redondas e oficinas educativas, a fim de sensibilizar os atores participantes quanto à importância da representação dos conselheiros nos espaços de participação.

## Referências

1. Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008.
2. Cohn A. Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades. *Cien Saude Colet* 2008; 13(2):2021-2023.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
4. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.
5. Brasil. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. 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 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 28 dez.
6. Brasil. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 28 jun.

7. Cavalcanti MLT, Cabral MHP, Antunes LR. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1813-1823.
8. Cotta RMM, Martins PC, Batista RS, Franceschini SCC, Priore SE, Mendes FF. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde. *Physis* 2011; 21(3):1121-1138.
9. Erdmann AL, Backes DS, Klock P, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC. Discutindo o significado de cidadania a partir dos direitos dos usuários da Saúde. *Rev enferm UERJ* 2008; 16(4):477-481.
10. Pestana CLS, Vargas LA, Cunha FTS. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis – RJ. *Physis* 2007; 17(3):485-499.
11. Soratto J, Witt RR, Faria EM. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis* 2010; 20(4):1227-1243.
12. Campos CMS, Silva BRB, Forlin DC, Trapé CA, Lopes IO. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Primária à Saúde à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(Esp):119-125.
13. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurse Health* 1987;10(1):1-11.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edição 70; 2011.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
16. Oliveira LC, Pinheiro R. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2455-2464.
17. Vale PRLF, Lima MM. Ser conselheiro local de saúde em Feira de Santana, Bahia. *Rev. Baiana saúde pública* 2015; 39(4):723-739.
18. Busana JA, Heidemann ITSB, Wendhausen ALP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm* 2015; 24(2):442-449.
19. Ribeiro FB, Nascimento MAA. Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde: a (re) significação do “ser sujeito”. *Rev. Baiana saúde pública* 2011; 35(1):151-166.
20. Rocha EM, Cunha JXP, Lira LSSP, Oliveira LB, Nery AA, Vilela ABA, Prado FO. O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. *Saúde debate* 2013; 37(96):104-111.

21. Carvalho, GCM. *Participação da Comunidade na saúde*. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.
22. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. *Participação social no SUS: o olhar da gestão municipal*. Brasília: Conasems, 2009.
23. Duarte EB, Machado MFAS. O exercício do controle social no âmbito do conselho municipal de saúde de Canindé, CE. *Saúde Soc* 2012; 21(1):126-137.
24. Shimizu HE, Pereira MF, Cardoso AJC, Bermudez XPCD. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Cien Saude Colet* 2012;18(8):2275-2284.
25. Richards R, Murdoch L, Reeder AI, Rosenby M. Advocacy for active transport: advocate and city council perspectives. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2010;7(5): 1-8.
26. Souza TO, Silva JM, Nóbrega SS, Constâncio JF. Controle Social: um desafio para o Conselheiro de Saúde. *Rev Bras Enferm* 2012; 65(2):215-221.
27. Kleba ME, Matiello A, Comerlato D, Renk E, Colliselli L. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):793-802.
28. Guisso, FH. Democracia e educação: conselhos municipais como espaços de aprendizagem. *Revista Debates* 2012; 6(2):129-150.
29. Bispo Júnior JP, Sampaio JJC. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 23(6):403-409.
30. Flores W, Gómez-Sánchez I. La governanza em los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder. *Rev salud pública* 2010; 12(1):138-150.
31. Saliba NA, Moimaz SAS, Ferreira NF, Custódio LBM. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *Rev. Adm. Pública* 2009; 43(6):1369-1378.
32. Rocha CV. Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil. *Rev. Sociol. Polit* 2011; 19(38):171-185.
33. Foucault M. *Microfísica do poder*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1984.
34. Ramos MF, Cezare JP, Vendramini PRJ, Coutinho SMV, Reis TS, Fernandes V. Conselhos setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão. *Saúde Soc* 2012; 21(3):61-70.
35. Moretti FA, Oliveira VED, Silva EMKD. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2012; 58(6):650-658.

36. Fernandes VC, Spagnuolo RS, Nascimento EN. Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações de saúde e inclusão digital. *Saúde Soc* 2017; 26(1):218-228.
37. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G, Batista RS. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis* 2008; 18(1):105-121.
38. Kleba ME, Comerlato D, Colliselle L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um polo de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16(2):335-342.
39. Busana JÁ, Heideman ITSB, Wendhausen ALP, Lazzari DD. Conferência local de saúde a partir do itinerário de pesquisa de Freire: relato de experiência. *Rev Enferm Atenção Saúde* 2016; 5(1):93-104.
40. Erwin PC. Poverty in America: How Public Health Practice Can Make a Difference. *Am J Public Health* 2008; 98(9):1570-1572.
41. Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

## 5.4 Artigo 2

### **Construção de práticas emancipatórias com conselheiros de saúde por meio de oficinas educativas e mapas conceituais**

**Resumo:** O objetivo deste artigo foi analisar mapas conceituais desenvolvidos em oficinas educativas no âmbito da capacitação profissional de conselheiros/as municipais de saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, desenvolvida em três municípios pertencentes a Região de Saúde do Pólo Cuesta - São Paulo, Brasil, com 28 conselheiros. Foram realizadas oficinas educativas, mapas conceituais e os dados analisados conforme a análise temática dialógica e a análise semiótica de imagens. A discussão foi alicerçada pela Teoria da Aprendizagem Significativa. Evidenciou-se a importância que os conselheiros dão para a Atenção Primária à Saúde, principalmente a realização da escuta qualificada e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Revelou-se a compreensão dos participantes ao exercer a função de conselheiro que significa estar presente nas reuniões para representar a população e auxiliar o gestor a elaborar políticas públicas. Os conselheiros reconhecem a importante atuação que possuem no auxílio a outros órgãos, na fiscalização e no controle do orçamento público. No entanto, notou-se que esse processo ainda é deficiente. Conclui-se que as oficinas educativas e mapas conceituais revelaram como estratégias pedagógicas a serem trabalhadas com conselheiros de saúde uma vez que possibilitaram momentos de aprendizagem, trocas de experiências, interação e estabelecimento de vínculo.

**Palavras-chave:** Aprendizagem; Conselhos de Saúde; Educação em Saúde; Participação Social; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde

**Abstract:** The objective of this article was to analyse conceptual maps developed in educational workshops in the scope of the professional qualification of municipal councilors of health. It is a qualitative research, developed in three municipalities belonging to the Health Region of the Cuesta-São Paulo Pole, Brazil, with 28 counselors. Educational workshops, conceptual maps and the analyzed data were carried out according to the dialogical thematic analysis and the semiotic analysis of images. The discussion was grounded in Significant Learning Theory. The importance of the counselors for primary health care was highlighted, especially the performance of qualified listening and actions to promote and prevent health. Participants' understanding of the role of adviser was present, which means attending the meetings to represent the population and helping the manager to develop public policies.

Counselors recognize the important role they play in assisting other organs, in overseeing and controlling the public budget. However, it has been noted that this process is still deficient. It is concluded that the educational workshops and conceptual maps revealed as pedagogical strategies to be worked with health counselors since they allow learning moments, exchanges of experiences, interaction and establishment of bond.

**Keywords:** Learning; Health Councils; Health Education; Social Participation; Public Health; Unified Health System

## **Introdução**

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi iniciada a partir da publicação da Constituição Federal do Brasil de 1988, e consolidado com as Leis Orgânicas da Saúde (LOA), nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que foi regulamentada pelo Decreto nº 7.508/11. Estas leis estabelecem as diretrizes e normas relacionadas à organização e funcionamento do SUS, disponibilizam critérios de repasses financeiros para os estados e municípios, e disciplinam a participação da comunidade na gestão do sistema público de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; BRASIL, 2011).

Como diretriz do SUS, a participação da comunidade é assegurada pela Lei nº 8.142/90, tendo como instâncias colegiadas os conselhos e conferências de saúde. Os conselhos de saúde são responsáveis por estratégias e pelo controle da execução da política de saúde, inclusive no que se refere aos aspectos econômicos e financeiros, sendo compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 1990b).

Neste contexto, os conselheiros são os atores que mediam a efetivação da participação comunitária e que precisam estar conscientes da responsabilidade das suas funções que exercem no cenário político e social, buscando, cada vez mais, novas informações, que direcionem reflexões sobre o que é o SUS e sua finalidade, bem como ter o pensamento na coletividade e não na individualidade, o que tenderá a repercutir, assim, em ações mais eficientes para a obtenção de resultados positivos frente aos interesses sociais.

Participar da formulação e controle das políticas públicas exige empoderamento, autonomia, engajamento, conhecimento sobre as bases legais do sistema de saúde, definição de estratégias, capacidade de análise sócio-política para tomada de decisões, compreensão de conceitos, respeito ao próximo e boa comunicação, sendo essas as dificuldades para efetivar o papel atribuído aos atores que participam dos conselhos de saúde.

Os principais entraves da participação comunitária estão relacionados à ausência de informações de saúde e conhecimento sobre a função do conselheiro; irregularidades quanto à composição, posse e frequência das reuniões; falta de conhecimento para analisar a gestão financeira e prestação de contas; desinteresse da população para as questões coletivas e baixa motivação para a participação (BISPO JÚNIOR; SAMPAIO, 2008; FLORES; GÓMEZ-SÁNCHEZ, 2010; ROCHA, 2011; SHIMIZU et al., 2012; BUSANA; HEIDEMANN; WENDSAUSEN, 2015).

Deste modo, na perspectiva de fortalecer o exercício do controle social na política de saúde, faz-se necessário, por parte dos sujeitos políticos envolvidos, conhecerem efetivamente o SUS e sua legislação, seus paradigmas epidemiológicos, assistenciais, financeiros, políticos, culturais e sociais, visando ao acompanhamento e avaliação do sistema de informações em saúde nos níveis municipal, estadual e federal. Assim, o aprendizado pode ser construído por meio de vivências em que ocorram interação dos sujeitos em busca do mesmo ideal.

Nesse sentido, iniciativas do Ministério da Saúde, como a edição das Portarias nº 198 de 2004 e nº 1.996 de 2007, assumiram a responsabilidade da gestão com a formação de recursos humanos por meio da Educação Permanente em Saúde, em que ações de qualificações foram incorporados com a integração do ensino, serviço e comunidade, transformando as práticas profissionais e a organização do trabalho em uma perspectiva da problematização (BRASIL, 2004; 2007).

Objetivando promover uma prática mais efetiva de controle a conselheiros de saúde e fortalecer a democracia participativa, foi criado, em 2006, a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), destacando iniciativas de educação para o controle social que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social, com metodologias participativas que valorizem as experiências das pessoas e que não estejam restritas aos conselhos, e, portanto, envolvam toda a população nas melhorias do SUS (BRASIL, 2006).

Necessitamos progressivamente estimular a autonomia dos cidadãos por meio de práticas emancipatórias, entendidas como aquelas que possibilitam contribuir e melhorar as condições de vida, responder criticamente e assumir a liberdade. Essas práticas ensinam os sujeitos a acessar direitos e a lutar por eles, incentivam valores de solidariedade e resgatam a condição humana como condição social (CAMPOS et al., 2014).

Nesse sentido, as interações formadas entre educador e educando devem possibilitar o ensino dialógico, em que o diálogo é estabelecido no sentido de formar

relações com outras pessoas, planejar e utilizar instrumentos mediadores capazes de provocar avanços na capacidade de aprender. Assim, o conhecimento é construído ‘com o outro’ e não ‘para o outro’ (FREIRE, 1987).

Com base nesse cenário, questiona-se se a realização de oficinas educativas resultou em aprendizagem a partir da realidade vivenciada pelos conselheiros de saúde?

Este estudo teve como objetivo analisar mapas conceituais desenvolvidos em oficinas educativas no âmbito da capacitação profissional de conselheiros/as municipais de saúde.

## **Método**

Trata-se de pesquisa qualitativa, sendo um recorte de tese de doutorado “Estratégias de mobilização para a participação comunitária de conselheiros municipais de saúde”, desenvolvido em três municípios pertencentes a Região de Saúde do Pólo Cuesta (RSPC) - Departamento Regional de Saúde (DRS) VI Bauru/ Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 9 – São Paulo, Brasil.

A RSPC é composta por 13 municípios compreendendo uma área territorial de 6.394,44 km<sup>2</sup> e população de 279.329 habitantes tendo como características: 15% destes municípios possuem população menor que 5.000 habitantes, 46% entre 5.000 a 15.000 habitantes, 23% com população de 15.000 a 30.000 habitantes, 8% com população de 30.000 a 45.000 habitantes e um com população acima de 100.000 habitantes (SÃO PAULO, 2012).

Os critérios de seleção dos municípios se deram em conjunto com o DRS VI sendo um município de pequeno porte 1 (MPP1), com até 20.000 habitantes, um de pequeno porte 2 (MPP2), de 20.001 até 50.000 habitantes e um de grande porte (MGP), de 100.001 até 900.000 habitantes (IBGE, 2018).

O presente artigo destaca a realização de oficinas educativas e aplicação de mapas conceituais. Oficina educativa caracteriza-se por um espaço de interação, reflexão e troca de conhecimentos que proporcionam ao educando expor e aprender novos saberes sobre a temática em questão (FREIRE, 1987). Ao final de cada oficina educativa, utilizou-se o MC como medida de acompanhamento e avaliação da aprendizagem dos conselheiros.

Um MC é definido como um diagrama hierárquico com relações entre conceitos que possibilita a organização e representação do conhecimento, com o objetivo de proporcionar maior compreensão e assimilação com o tema de estudo (NOVAK; CANÃS, 2010).

Configura-se como uma excelente estratégia de ensino e aprendizagem e ferramenta avaliativa, uma vez que propicia ao educador e ao educando o entendimento dos conceitos mais relevantes em um contexto informacional e à assertividade das relações estabelecidas entre eles (SOUZA; BORUCHOVITCH, 2010).

Os MCs possuem conceitos, geralmente dentro de círculos ou quadros, e relações entre conceitos, que são representados por linhas que os interligam. As palavras sobre essas linhas, que são palavras ou frases de ligação, descrevem os relacionamentos entre os dois conceitos (MOREIRA; MASINI, 2006; NOVAK; CANÃS, 2010).

O conceito é definido como uma regularidade em eventos ou objetos, indicada em sua maioria por uma palavra, mesmo que, às vezes, sejam utilizados símbolos e mais de uma palavra. Além disso, no MC, há a presença de proposições, que são afirmações sobre objeto ou evento. Uma proposição é formada quando dois conceitos são interligados por meio de palavras, frases ou símbolos para compor uma afirmação significativa (NOVAK; CANÃS, 2010).

A construção de informações foi realizada no período de dezembro de 2016 a outubro de 2017 por meio de observação participante, diário de campo, fotografias digitais e mapas conceituais durante as oficinas educativas.

Foram realizadas dez oficinas educativas sendo 4 no MPG, três no MPP1 e três no MPP2, totalizando a participação de 28 conselheiros. A análise dos dados se deu segundo os pressupostos da análise temática dialógica de Bakhtin (1992) que propõe a definição de temas e a descrição dos processos dialógicos como uma maneira de entender as interações no momento da elaboração de informação, sendo extremamente dinâmico, flexível e não linear, juntamente com a análise semiótica da imagem parada (BAKHTIN, 1992; PENN, 2003).

Para Penn (2003), a imagem em si é a qualidade denotativa da análise da imagem. Refere-se à descrição da imagem que é vista. A dimensão cultural dos elementos que integram a imagem, ou seja, trata-se do nível conotativo da imagem, as relações existentes entre os elementos da imagem, a conexão das palavras.

Nesta análise, considera-se a frequência dos elementos para exemplificar alguns aspectos observados. Os textos se referem à produção linguística que acompanha as imagens. Neste trabalho, utilizou-se do diário de campo para registro e da observação das oficinas como técnica de pesquisa. A interpretação significa a correlação entre o conhecimento científico e o aprendizado construído a partir da imagem em si, da relação dos elementos da imagem e do texto (PENN, 2003). Assim, no momento de análise da imagem, utilizou-se das histórias desenvolvidas pelos participantes para a compreensão delas.

O pressuposto conceitual para o uso do MC é a Teoria da Aprendizagem Significativa (TAS), do construtivista David Ausubel, que diferencia o aprendizado mecânico do aprendizado significativo, e propõe que, para um aprendizado mais eficiente, é necessário que o conhecimento seja compreendido, significativamente relevante e bem integrado (AUSUBEL, 2003; NOVAK; CANÃS, 2010).

A aprendizagem significativa consiste na integração de novos conceitos à estrutura cognitiva do aprendiz, considerando o seu conhecimento prévio, com o objetivo de demonstrar aprendizagens inter-relacionadas, o que facilita o estabelecimento de associações conceituais sólidas (AUSUBEL, 2003; SOUZA, BORUCHOVITCH, 2010).

O desenvolvimento de conceitos é oportunizado quando se forma a diferenciação progressiva, no qual elementos mais gerais são incorporados em primeiro lugar, e, em seguida, esse conceito é sucessivamente diversificado com detalhes e especificidades. Além disso, a organização do conteúdo deve proporcionar também a reconciliação integrativa, em que ocorre o apontamento de similaridades e diferenças significativas entre proposições e conceitos (AUSUBEL, 2003; MOREIRA; MASINI, 2006).

Pretende-se, dessa forma, possibilitar a organização do conteúdo de forma autônoma, estimular o pensamento crítico-reflexivo e verificar o aprendizado por meio da integração dos diferentes conceitos demonstrados nos MCs construídos.

Ao final de cada oficina, foram solicitados a construção de MCs individuais e MC síntese pela pesquisadora, utilizando-se o *software* CMapTools® afim de auxiliar a editoração do material (FERREIRA; COHRS; DOMENICO, 2012).

O CMapTools® é um programa que pode ser obtido gratuitamente *on line* para criar esquemas conceituais e representá-los graficamente. O programa tem a capacidade de organizar o raciocínio, elaboração de caixas e setas, que unem um conceito ao outro, formando proposições (FERREIRA; COHRS; DOMENICO, 2012).

Os MCs individuais tornaram-se MC síntese, ou seja, representações gráficas que apresentam os principais temas e as relações entre eles sobre o aprendizado do dia. Essa síntese foi realizada a partir das similaridades encontradas e repetições de palavras. Posteriormente, realizou-se uma associação desses mapas, resultando em três mapas sínteses, um para cada município, contendo os significados atribuídos ao aprendizado das oficinas realizadas.

Por último, aplicou-se uma nova síntese dos três mapas resultantes dos municípios, originando um novo mapa, chamado de mapa semiótico final, contendo os dados mais significativos e suas principais relações de significados expressos pelos conselheiros.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), *campus* de Botucatu sob número 1.578.025/2016 e possui financiamento pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (Processo 2016/19711-2). O estudo foi realizado mediante autorização do Secretários Municipais de Saúde e após consentimento dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **Resultados e Discussão**

A idade dos 28 participantes variou entre 22 e 70 anos, sendo que a idade média foi 45 anos. Quanto ao sexo, 71,42% dos participantes eram do sexo feminino e 28,58% do masculino. Quanto à escolaridade, 39,28% possuíam ensino superior completo, 28,58% ensino médio completo, 25% pós-graduação e 7,14% ensino fundamental completo. A profissão ou estado referido que mais se destacou foi aposentado (14,29%).

Em relação à representatividade nos conselhos municipais de saúde (CMS), 42,85% representam os usuários dos serviços de saúde, 21,45% os prestadores de serviço, 17,85% os trabalhadores da saúde e 17,85% os gestores.

A distribuição dos 28 participantes, nas oficinas educativas, ocorreu da seguinte forma, 15 conselheiros do MGP, 8 do MPP2 e 5 do MPP1.

Os temas escolhidos coletivamente para as oficinas do MGP foram: “Organização e funcionamento do sistema de saúde”; “Planejamento em saúde: orçamento e financiamento”; “O controle das políticas e ações do SUS: mecanismos de acompanhamento, avaliação e fiscalização” e “Principais funções do conselheiro”. No MPP2 os assuntos trabalhados foram: “Organização e funcionamento do sistema de saúde”; “Planejamento em saúde: orçamento e financiamento”; “O controle das políticas e ações do SUS: mecanismos de acompanhamento, avaliação e fiscalização”. Já no MPP1 a escolha dos temas foram: “Planejamento em saúde: orçamento e financiamento”; “O controle das políticas e ações do SUS: mecanismos de acompanhamento, avaliação e fiscalização” e “Principais funções do conselheiro”. Os dias, horários e frequência das oficinas foram pactuados de acordo com a disponibilidade dos participantes.

A realização de 10 oficinas educativas resultaram em 63 MC individuais, sendo 32 do MGP, 19 do MPP2 e 12 do MPP1, que foram sintetizados um por município, com a finalidade de unir a produção individual e construir mapas sínteses sobre os significados que

os participantes atribuíram em relação aos temas das oficinas. Dessa forma, revelou-se três MCs sínteses com as respectivas temáticas significativas apresentadas nas figuras 1, 2 e 3.

### **Aprendizagem evidenciada nas oficinas educativas do Município de Grande Porte (MGP)**

Significa os conceitos chaves que mais apareceram juntamente com as palavras de ligação utilizadas pelos conselheiros (Figura 1). O número de conceitos incluídos no MC síntese foi de 61, relativos aos conceitos subordinados ao geral: “Organização e funcionamento do sistema de saúde”, “Orçamento”, “Relatório de Gestão” e “Papel do conselheiro”.

Em relação a estrutura do mapa, 100% foram diagramados em forma sequencial com hierarquia e formação de algumas ligações cruzadas.

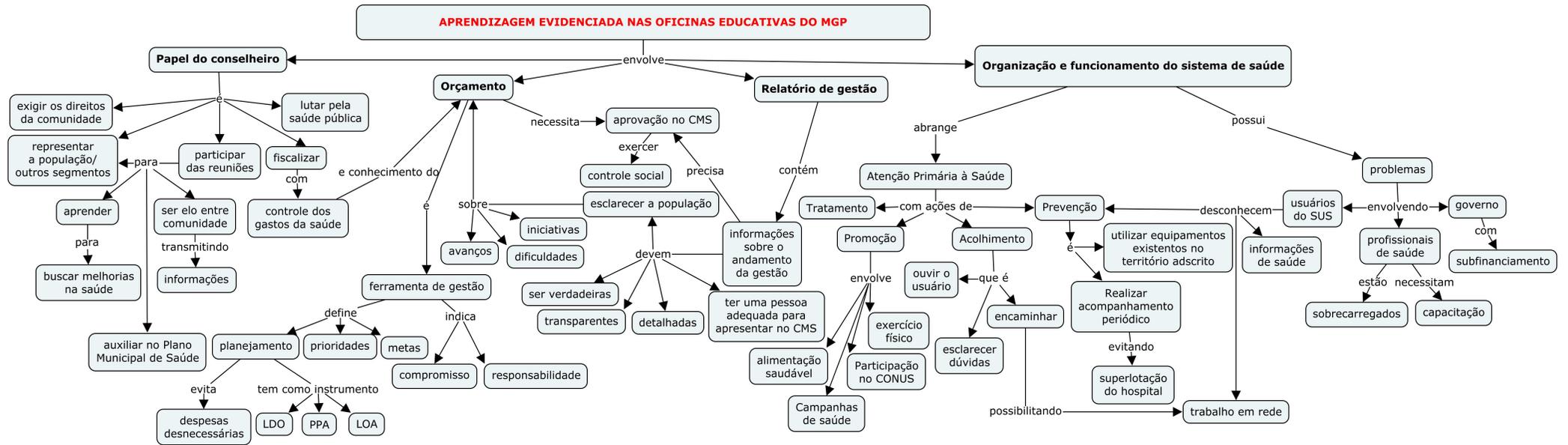
A maioria das proposições apresentou significados lógicos, sendo que as palavras selecionadas para inter-relacionar os conceitos mostraram-se adequadas para conhecer as nuances dos significados atribuídos na sistematização do conhecimento.

Importante observar que a proposição “Esclarecer a população” foi o mais citado (nove vezes) nos MCs individuais, seguido de “Aprovação no CMS” e “Controle dos gastos da saúde” (ambos sete vezes), evidenciando a relevância que os conselheiros atribuem em relação à disseminação de informações para a população sobre os temas de saúde e à função de aprovar e controlar os gastos da saúde.

Verifica-se um domínio dos conselheiros com as temáticas trabalhadas, uma vez que os MCs realizados permitiram visualizar a integração dos conteúdos abordados nas oficinas, ou seja, à medida que um novo conceito chave foi aprendido, este foi integrado ao MC de forma coerente e harmônica. Além disso, percebe-se uma interação, colaboração e comprometimento dos conselheiros com a realização dos MCs, uma vez que as dúvidas e dificuldades foram sanadas com outros membros do grupo, evidenciando o trabalho em equipe.

Entretanto, sete MCs não apresentaram as palavras de ligação e alguns conceitos estavam sem relações e repetitivos, principalmente nos primeiros mapas, que pode ser justificado por ser o primeiro contato com a ferramenta de aprendizagem.

Figura 1: Mapa conceitual síntese do MGP, Botucatu, 2018



## **Aprendizagem evidenciada nas oficinas educativas do Município de pequeno porte 2 (MPP2)**

O número de conceitos incluídos no MC síntese do MPP2 (Figura 2) foi de 53, relativos aos conceitos subordinados ao geral: “Problemas na organização e funcionamento da saúde”, “Orçamento”, “Financiamento” e “Fiscalização da gestão no CMS”.

O MC síntese possui uma ramificação a partir do conceito raiz até seis níveis hierárquicos, que configuram os conceitos dos mais gerais até os mais específicos, passando por diferentes níveis de conceitos intermediários e quatro ligações cruzadas, sendo os conceitos e proposições formadas 100% em forma sequencial, relativos a vivência como conselheiro e o aprendizado no dia.

Algumas proposições elencadas pelos conselheiros foram relevantes, visto que os mesmos não possuíam familiaridade com os temas, como exemplo, a proposição formada por: o “orçamento requer planejamento por meio Lei Orçamentária Anual (LOA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Plano Plurianual (PPA)”, “financiamento é realizado por repasse por meio da transferência fundo a fundo no âmbito municipal, estadual e nacional”, “fiscalização da gestão no CMS ocorre por meio de relatório sendo eles o relatório de gestão que é anual promovendo a transparência da gestão por meio da prestação de contas”.

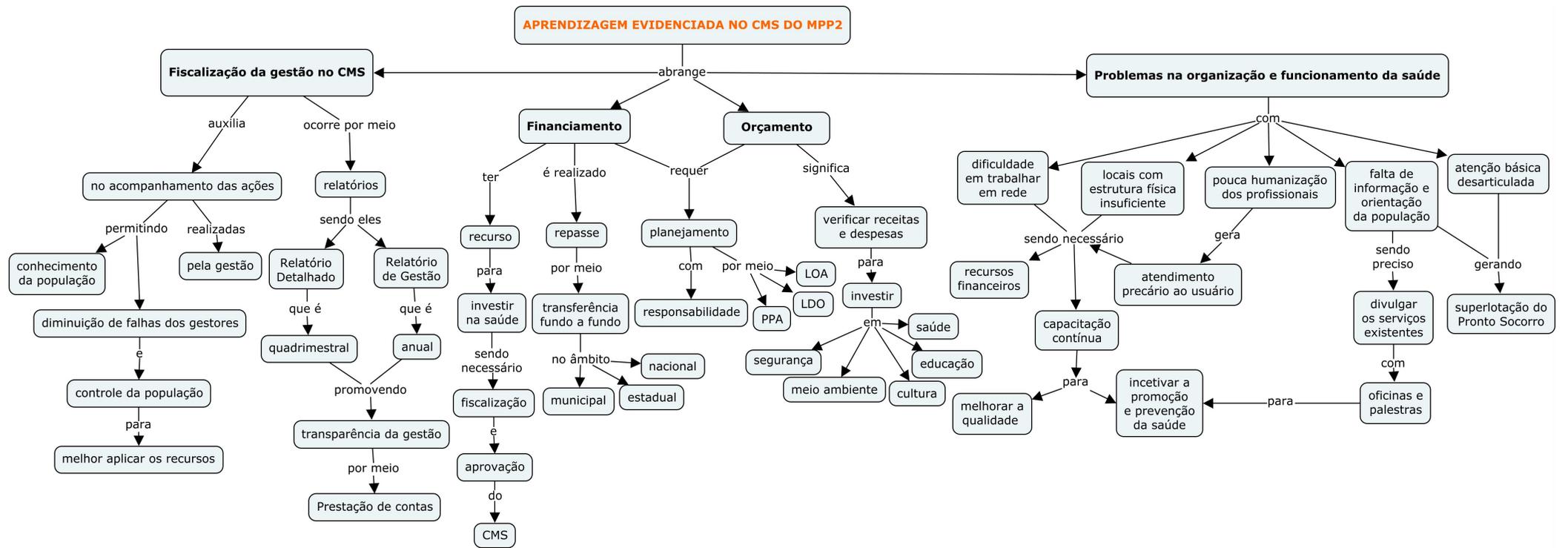
Percebe-se que os conselheiros fazem referência ao modelo orçamentário brasileiro, às leis orçamentárias, ao financiamento e fiscalização da saúde o que gerou aprendizagem, uma vez que com base na observação participante e no diário de campo da pesquisadora, antes da realização das oficinas, os conselheiros não conheciam esses conceitos.

O conceito “Falta de informação e orientação da população” foi o mais citado (oito vezes) nos MCs individuais, seguido de “Incentivar a promoção e prevenção da saúde”, “Planejamento” e “Transparência da gestão” (ambos quatro vezes), demonstrando a conscientização que os conselheiros têm de que a população necessita receber mais informações sobre as ações de saúde, sendo necessário o incentivo por parte dos conselheiros, gestores e profissionais da promoção da saúde e prevenção da doença. Além disso, pode-se observar o destaque que os participantes deram para o fato de o orçamento acontecer com o seu devido planejamento e o

conselheiro possuir como função primordial a fiscalização por meio da transparência da gestão para, assim, realizar o controle social.

Destaca-se que três MCs individuais se apresentaram de difícil entendimento por não apresentarem as palavras de ligação, não expressando claramente a relação conceitual existente na organização do conhecimento. Apesar disso, foram aproveitados todos os conceitos claros desses mapas.

Figura 2: Mapa conceitual síntese do MPP2, Botucatu, 2018.



## **Aprendizagem evidenciada nas oficinas educativas do Município de pequeno porte 1 (MPP1)**

O MC síntese do MPP1 (Figura 3) possui 35 conceitos, com os conceitos subordinados ao geral: “Relatório de gestão”, “Papel do conselheiro” e “Orçamento e financiamento”.

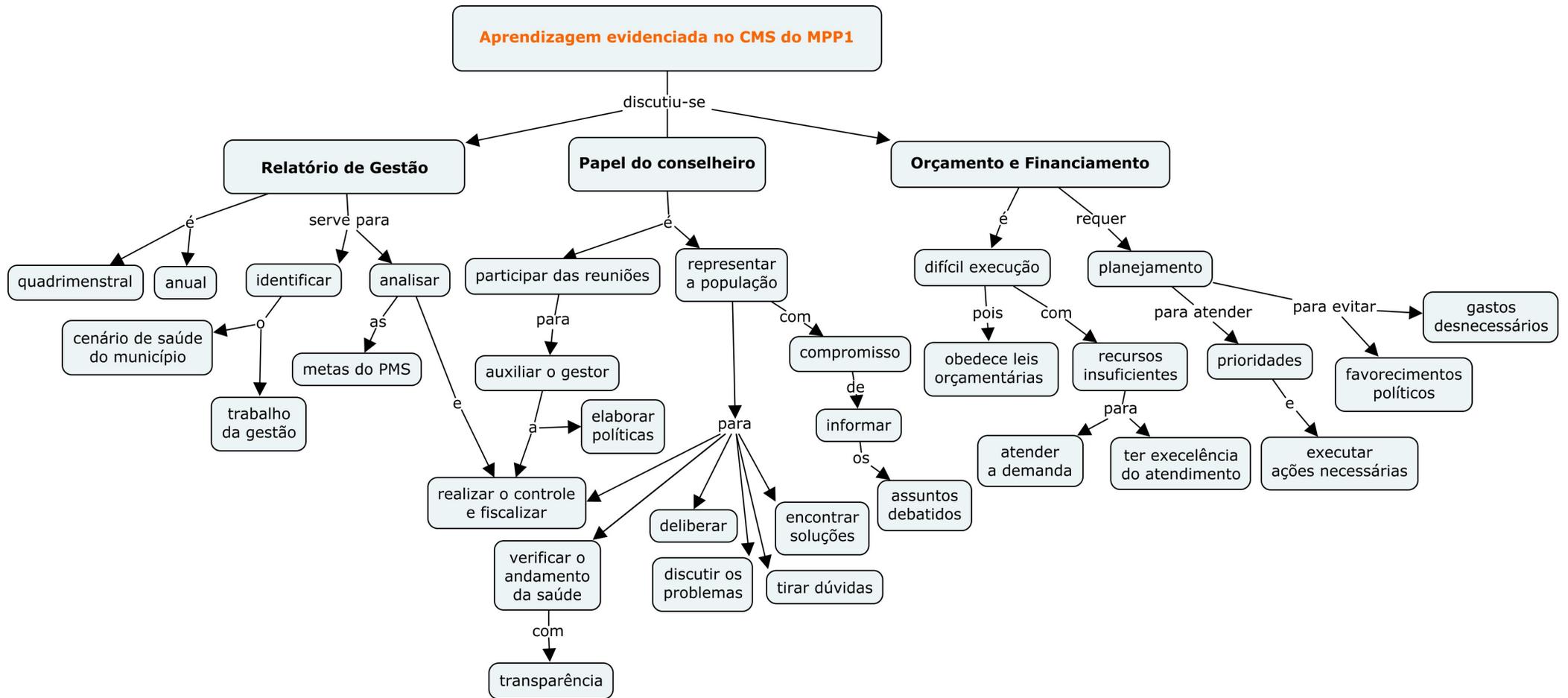
Dispõe de conceitos dentro da caixa, interligados por meio de palavras de ligação, uma ramificação a partir do conceito raiz, até cinco níveis hierárquicos, e duas ligações cruzadas, sendo os conceitos e proposições formadas 100% em forma sequencial.

O conceito “Verificar o andamento da saúde” foi o mais citado (cinco vezes) nos MCs individuais, seguido de “Realizar o controle e fiscalizar” (quatro) e “Transparência” (três). Verifica-se que os conceitos mais presentes se referem principalmente ao papel do CMS na gestão do SUS, relacionados à participação da sociedade no processo de fiscalização dos recursos e andamento dos trabalhos realizados pela gestão de saúde com transparência.

Esses conceitos foram mais marcantes devido, principalmente, aos conselheiros serem, em sua maior parte trabalhadores da saúde, com conhecimento da nomenclatura das ações realizadas dentro do conselho. Entretanto, apesar de entenderem o vocabulário, siglas e demais atividades que são da realidade participativa, desconhecem com profundidade as legislações, prazos e metas.

Pode-se observar na maioria dos mapas uma preocupação com as palavras de ligação, seleção dos conceitos e a formação das proposições. À medida que a oficina foi avançando, os conceitos tornaram-se mais elaborados e os conselheiros gradativamente foram melhorando a formulação do MC, exercitando a criatividade e reflexão do conhecimento adquirido. Observou-se que quatro mapas não possuíam algumas palavras de ligação, sendo aproveitadas as proposições significativas, evidenciando a dificuldade dessas pessoas em confeccionar um MC.

Figura 3: Mapa conceitual síntese do MPP1, Botucatu, 2018.



## Mapa semiótico final

A partir da realização da síntese dos mapas conceituais, a estratégia utilizada para nortear a discussão foi inter-relacionar os três MCs síntese a fim de criar um único mapa que represente o aprendizado vivenciado nas oficinas educativas, em que se buscou analisá-lo à luz da aprendizagem significativa de David Ausubel. Assim, revelou-se um mapa semiótico final (figura 4), contendo os dados considerados mais relevantes e as principais relações de significados expressos pelos conselheiros.

Pode-se compreender, a partir da síntese dos mapas, a interação entre o aprendizado de todos os membros que emergiram das experiências vividas das oficinas educativas e, como resultado final, um novo mapa semiótico. Essa estratégia possibilitou desvelar os significados atribuídos pelos participantes em relação aos temas por eles escolhidos.

O mapa semiótico final demonstra como os conselheiros compreendem os conteúdos retratados nas oficinas educativas. Ele possui 49 conceitos dispostos dentro das caixas, interligados por meio de palavras de ligação, três ramificações a partir do conceito raiz, até sete níveis hierárquicos e duas ligações cruzadas, sendo os conceitos e proposições apresentados em forma sequencial.

Mostra-nos que o contexto da construção do conhecimento envolve três significados importantes, chamados por Ausubel, Novak e Hanesian (1980) de conceitos mais inclusivos, sendo eles: atenção à saúde, fiscalização e papel do conselheiro (figura 5).

Figura 5: Significados dos conselheiros sobre o aprendizado das oficinas educativas, Botucatu, 2018.

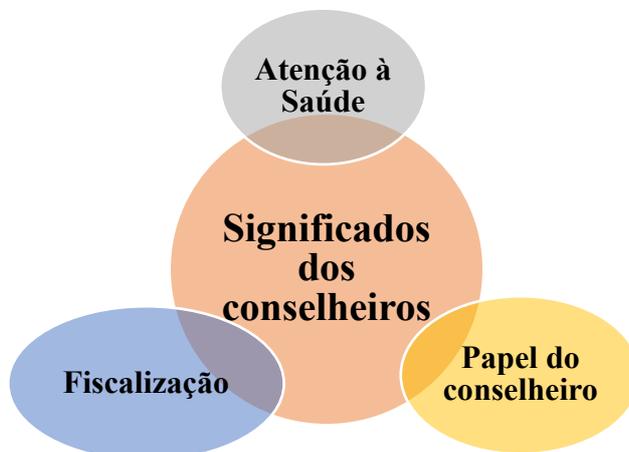
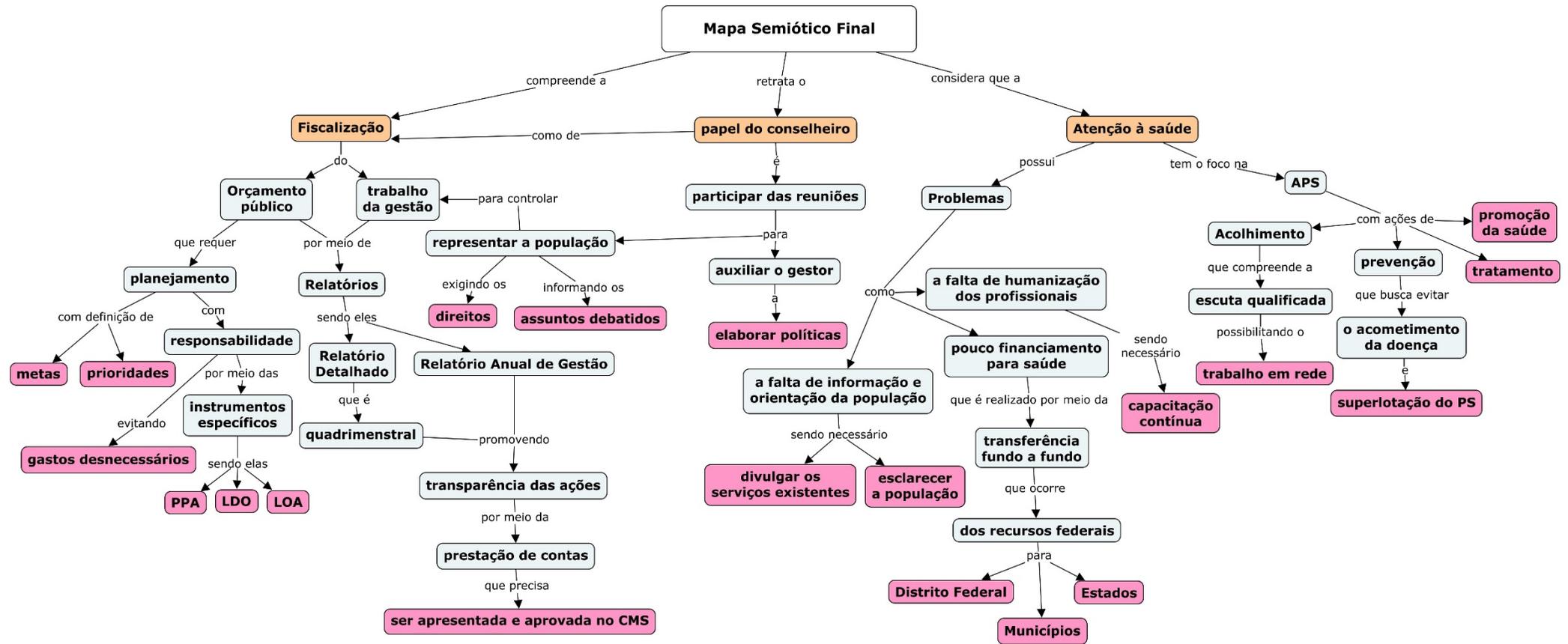


Figura 4: Mapa Semiótico Final, Botucatu, 2018



- Conceitos superordenados; muito gerais e inclusivos.
- Conceitos subordinados; intermediários.
- Conceitos específicos, pouco inclusivos;

O conceito “Atenção à saúde” reúne os significados construídos pelos conselheiros sobre a saúde pública brasileira, em que se pode identificar a percepção deles sobre a organização e funcionamento do sistema de saúde. Assim, esse conceito apresenta diferentes significados que vão desde os conceitos mais abrangentes até os menos inclusivos, sendo os mais abrangentes: a) A Atenção Primária à Saúde como estratégia de organização da atenção à saúde e b) Os entraves da atenção à saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) tem como estratégia fundamental a reorganização e articulação dos recursos disponíveis no SUS com o propósito de atender as demandas e necessidades da população e inserir-se no contexto da rede de atenção à saúde (MENDES, 2015).

Estrutura-se como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada aberta do sistema, sendo ordenadora de fluxos e contrafluxos e coordenadora das ações e serviços disponibilizados pela rede (BRASIL, 2017a).

Assim, os conselheiros entendem a APS como estratégia de organização da atenção à saúde com ações de promoção, prevenção, acolhimento e tratamento, em que a prevenção aos agravos e a escuta qualificada devem ocorrer nos modelos de atenção à saúde de forma efetiva, garantindo ao usuário o atendimento necessário ao seu problema, evitando a superlotação do pronto socorro e possibilitando o trabalho em rede.

Percebe-se, a partir da proposição acima, que o armazenamento de informações dos conselheiros foi organizado e hierarquizado, na medida em que elementos mais específicos de conhecimentos foram ligados e assimilados a conceitos mais gerais, assim como propõe Ausubel (AUSUBEL, 2003; MOREIRA, 2011).

Observa-se por meio dos MCs a importância que os conselheiros dão para APS, principalmente a realização da escuta qualificada, de forma que seja identificada a necessidade do usuário e que o atendimento seja realizado com ações de promoção de saúde e prevenção de doença, não ficando restrito à consulta médica.

Essa compreensão vai ao encontro da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que retrata que os serviços devem assegurar acessibilidade e acolhimento de forma organizada, garantindo que todas as pessoas que procurem os serviços sejam ouvidas de modo universal e sem diferenciações (BRASIL, 2017a).

Dessa forma, os serviços de saúde devem assumir a função central de acolher, escutar, e resolver a maioria dos problemas da população, amenizando os danos e sofrimentos com busca da integração da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2017a).

Em continuidade, os conselheiros apontam os principais entraves da atenção à saúde: a falta de informação e orientação da população, falta de humanização dos profissionais e o pouco financiamento para a saúde.

A proposição formada por “mapa semiótico final considera que a Atenção à saúde possui problemas como a falta de informação e orientação da população sendo necessário divulgar os serviços existentes e esclarecer a população” está de acordo com o estudo de Viegas, Carmo e Luz (2015) que aponta uma dificuldade de entendimento das variáveis que interferem na saúde e doença bem como do funcionamento do sistema de saúde por uma parcela da comunidade, sendo necessária a criação de estratégias de comunicação com essa população para aprimorar a atenção prestada.

No que diz respeito à relação do usuário com o profissional de saúde, evidenciou-se no mapa semiótico final a falta de humanização deles, apontando a necessidade de capacitação contínua. Desta maneira, há de se refletir sobre as condições de trabalho existentes, se estes profissionais se encontram em condições de garantir um atendimento humanizado, uma vez que, geralmente, são submetidos a processos de trabalhos mecanizados e encontram-se fragilizados pelas condições de sobrecarga, formas de contratação, rotatividade e convívio com o sofrimento e morte (GOULART; CHIARI, 2010).

Desse modo, algumas ações mostram-se cruciais para a melhoria do acesso e humanização, são elas: estabelecimento de parcerias com órgãos formadores, construção de linhas de cuidado, incentivo à participação ativa dos profissionais nas políticas, promoção de reuniões entre seus pares para a reflexão prática (estudos de caso, situações problema), atividades de educação permanente, entre outras.

Destaca-se, ainda, o conceito “pouco financiamento para saúde”, demonstrando a compreensão dos conselheiros com o processo de desenvolvimento do SUS, a forma com que o repasse é realizado – por meio da transferência fundo a fundo aos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme a Portaria nº 3.992, que dispõe sobre o financiamento, sob responsabilidade das três esferas de gestão e a transferência dos recursos federais para ações e serviços públicos de saúde do SUS (BRASIL, 2017b).

Pode-se dizer que os conselheiros organizaram o conhecimento das oficinas a partir de representações concisas das estruturas conceituais que lhes foram ensinadas e que provavelmente facilitaram a aprendizagem dessas estruturas, como propõe a Teoria da Aprendizagem Significativa de Ausubel.

Segundo Ausubel (2003), a estruturação do conhecimento verifica-se de modo não arbitrário, pela aquisição de novas informações, o que possibilita ao aprendiz interiorizá-

las tornando-as mais compreensíveis. Assim, os conceitos prévios interagem com os novos conteúdos, auxiliando para a atribuição de novos significados que também se modificam. Essa modificação contínua vai tornando um subsunçor, isto é, o conhecimento prévio, mais elaborado, mais diferenciado, capaz de servir de âncora para a aquisição de novos conhecimentos; sequência chamada de diferenciação progressiva.

Na aprendizagem significativa, ocorre uma mudança da nova informação e do conhecimento prévio com o qual o novo conhecimento estabelece relação, sendo que o produto dessa interação é a incorporação de significados (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980) como evidenciado no mapa semiótico final.

Nesse sentido, o MC se constitui na visualização de conceitos e relações hierárquicas entre eles, que pode ser útil como instrumento para exteriorizar o conhecimento (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

Ainda, revelou-se, mais uma vez, a compreensão dos participantes ao exercer a função de conselheiro municipal de saúde, que significa estar presente nas reuniões dos CMS para auxiliar o gestor a elaborar políticas públicas e representar a população, informando os assuntos debatidos e exigindo os direitos dos usuários do SUS.

Os conselhos de saúde têm atribuições legais e específicas de controle social. A sua responsabilidade é a de contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a construção da política, baseada nos direitos à cidadania de toda a população, em defesa da vida e da saúde, com acesso universal, integral e igualitário (BRASIL, 2006), pois, são os representantes da sociedade, os que deverão comandar o processo participativo, a voz representativa da população para formular e fiscalizar a saúde.

Assim, a participação da comunidade, por intermédio dos conselhos de saúde é algo conquistado e indispensável para o melhor funcionamento do SUS. Os representantes eleitos devem cumprir o compromisso de articular-se com outros atores na representação de suas entidades, participar dos debates existentes, divulgar as reuniões dos conselhos em suas respectivas comunidades, ter o conhecimento de suas atribuições e ser um sujeito que não se deixa corromper, pois sua grande atribuição é como agente fiscalizador (SOUZA; NÓBREGA; CONSTÂNCIO, 2012).

A fiscalização da execução do trabalho da gestão e do orçamento público foram conceitos que surgiram nos MCs como função primordial da atuação dos conselheiros.

O mapa semiótico final apresentou a proposição formada por : a fiscalização do orçamento público e trabalho da gestão ocorre por meio de relatórios, sendo eles Relatório anual de gestão e o Relatório detalhado, que promovem a transparência das ações da gestão

por meio da prestação de contas que necessita ser apresentada e aprovada no CMS, para melhor exercício do controle social.

Os conselheiros reconheceram a importante atuação que possuem no auxílio a outros órgãos, na fiscalização e no controle do orçamento público, no entanto, por meio da observação participante, notou-se que esse processo ainda é deficiente uma vez que ocorre de maneira rápida e não planejada.

É extremamente importante que o conselheiro de saúde tenha acesso a essas informações com antecedência, para analisar e criticar adequadamente e, ainda, divulgue para a sociedade, fazendo com que o usuário seja corresponsável, por meio de uma gestão participativa.

Ainda, no que diz respeito ao orçamento público, as proposições elencadas foram extremamente relevantes, visto que os conselheiros não possuíam familiaridade com o tema, como exemplo, a proposição formada por: “Mapa semiótico final compreende a fiscalização do orçamento público que requer planejamento com responsabilidade evitando gastos desnecessários por meio de instrumentos específicos, sendo elas Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA)”, percebe-se que informações novas foram aprendidas, pois os conselheiros conseguiram referenciar o modelo orçamentário brasileiro e as leis orçamentárias utilizadas para o planejamento dos recursos públicos.

O PPA tem por finalidade essencial estabelecer de forma regionalizada as diretrizes, objetivos e metas da administração pública federal adequados às despesas de capital e delas decorrentes e para as relacionadas aos programas de duração continuada (BRASIL, 1988).

Cabe à LDO definir as metas e prioridades da administração pública e orientar a elaboração da LOA, que tem como principal atribuição fixar as metas fiscais (CULAU; FORTIS, 2006).

Evidenciou-se as novas ideias e informações que foram aprendidas na estrutura cognitiva do indivíduo, uma vez que os conceitos formados foram relevantes, inclusivos e claros.

O compartilhamento de vivências, enquanto forma de significar os assuntos debatidos, foram extremamente importantes para possibilitar a aprendizagem significativa, uma vez que o diálogo criado e a exposição de experiências complementaram-se e relacionaram-se ao conhecimento prévio dos indivíduos.

Enfim, podemos inferir, com esses resultados, que o trabalho contribuiu para o avanço da ciência, pois, foi capaz de fomentar aos participantes novos saberes acerca de temas importantes do campo da saúde, colocando-os como protagonistas no processo de aprendizagem. Esse fato oportunizou melhor troca de saberes, vivências, sentimentos e experiências, estimulando-os a uma participação social mais emancipatória, crítica e reflexiva.

Espera-se que os resultados possam ser replicados nas diferentes realidades de conselhos municipais de saúde a fim de estimular e dar visibilidade à participação comunitária enquanto uma diretriz do SUS. Importa, ainda, que gestores municipais e universidades incorporem a participação comunitária nos seus espaços de debates, estimulando a participação da sociedade civil organizada por meio dos conselheiros de saúde, potencializando um melhor controle social.

Como fatores limitantes, apresenta-se a resistência de alguns conselheiros quanto à participação nas oficinas educativas, resultando em aprendizado diferenciado para os membros do grupo, uma vez que aqueles que participaram dos encontros puderam vivenciar reflexões e mudanças sobre a prática exercida.

## **Conclusão**

As oficinas educativas e mapas conceituais revelaram-se como excelentes estratégias pedagógicas a serem trabalhadas com conselheiros municipais de saúde uma vez que possibilitaram momentos de aprendizagem, trocas de experiências, interação e estabelecimento de vínculo entre os participantes.

O espaço grupal e a confecção dos mapas conceituais possibilitaram a explicitação de ideias, conhecimentos prévios, momentos de conexões, relações, trocas, visões de mundo diferentes para cada um dos conselheiros e a oportunidade de construção do conhecimento individual e coletivo, melhorando, dessa forma, a atuação dos conselheiros e, por desdobramento, aumentando a visibilidade da participação da comunidade enquanto diretriz do SUS.

A análise dos dados por meio da Análise Temática Dialógica e Análise Semiótica da Imagem Parada permitiram dinamicidade à análise e a construção de um mapa semiótico final que materializasse os significados construídos pelos conselheiros em relação a temas atuais do campo da saúde.

Espera-se, com o presente estudo, que conselheiros de saúde reconheçam a importância de investir em informação, pois, estão atuando diretamente na construção e futuro do SUS.

## Referências

AUSUBEL, D. P.; NOVAK, J. K.; HANESIAN, H. *Psicologia Educacional*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interamerica Ltda, 1980.

AUSUBEL, D. P. *Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva*. Tradução de Lígia Teopisto. Lisboa: Plátano, 2003.

BAKHTIN, M. *Estética da criação verbal*. (Trad. Maria Hermentina G. G. Pereira) São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BISPO JÚNIOR, J.P; SAMPAIO, J.J.C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 23, n. 6, p. 403-409, 2008.

BUSANA, J.A; HEIDEMANN, I.T.S.B; WENDHAUSEN, A.L.P. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm*, v. 24, n. 2, p. 442-449, 2015.

BRASIL. Constituição Federal (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde

para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 14 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 21 ago. 2007.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 28 jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 21 set 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria n° 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde dos Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 28 dez 2017b.

CAMPOS, C. M. S. et al. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. (esp), p. 119-125, 2014.

CULAU, A. A.; FORTIS, M. F. A. Transparência e controle social na administração pública brasileira: avaliação das principais inovações introduzidas pela lei de responsabilidade fiscal. *In XI Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Cidade de Guatemala.

FERREIRA, P. B.; COHRS, C. R.; DOMENICO, E. B. L. Software CMAP TOOLS® para a construção de mapas conceituais: a avaliação dos estudantes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, v. 46, n. 4, p. 967-972, 2012.

FLORES, W; GÓMEZ-SÁNCHEZ, I. La La governanza em los Consejos Municipales de Desarrollo de Guatemala: Análisis de actores y relaciones de poder. *Rev salud pública*, v. 12, n.1, p. 138-150, 2010.

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

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde – contribuições para reflexão. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> . Acesso em: 18 jan. 2019.

MENDES, E. *A construção social da atenção primária à saúde*. Brasília: CONASS, 2015.

MOREIRA, M. A.; MASINI, E. F. S. *Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel*. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2006.

MOREIRA M. A. *Teorias de Aprendizagem*. 2ª. ed. São Paulo: EPU, 2011.

NOVAK, J. D.; CAÑAS, A. J. A Teoria subjacente aos mapas conceituais e como elaborá-los e usá-los. *Práxis Educativas*, v.5, n.6, p. 9-29, 2010.

PENN, G. Análise semiótica de imagens paradas. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. Petrópolis: Vozes, 2003.

ROCHA, C. V. Gestão pública municipal e participação democrática no Brasil. *Rev. Sociol. Polit*, v. 19, n. 38, p. 171-185, 2011.

SÃO PAULO – Diretoria Regional de Saúde 6 – DRSIV – Bauru. Mapa da Saúde do Pólo Cuesta. Bauru, 2012.

SHIMIZU, H.E. et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Cien Saude Colet*, v. 18, n.8, p.2275-2284, 2012.

SOUZA, N. A.; BORUCHOVITCH, E. Mapas conceituais: estratégia de ensino/aprendizagem e ferramenta avaliativa. *Educação em Revista*, v. 26, n. 3, p. 195-218, 2010.

SOUZA, T. O.; J. M. NÓBREGA.; CONSTÂNCIO, J. F. Controle social: um desafio para o conselheiro de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 65, n. 2, p. 215-221, 2012.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n.1, p. 100-112, 2015.

### 5.5 Artigo 3

#### **Percepção de conselheiros municipais acerca da sua função participativa nos conselhos de saúde**

**Resumo:** O objetivo deste estudo foi compreender a percepção dos conselheiros em relação a sua função participativa nos conselhos de saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, alicerçada na pesquisa-ação, realizada com 18 conselheiros municipais de saúde. Foi realizado grupo focal e os dados foram analisados à luz da análise de conteúdo representacional temática. A discussão foi fundamentada no referencial teórico da Democracia e Participação a partir dos pressupostos de Robert Dahl. Evidenciou-se que o conselho é um ambiente formativo, uma vez que seus membros chegam despreparados e com o passar do tempo ganham experiência prática. Ainda, após as qualificações realizadas, os conselheiros sentiram-se fortalecidos, pois houve a ampliação do acesso às informações, troca de conhecimentos e experiências. Os conselheiros desejam exercer com maior efetividade a diretriz da participação da comunidade e aplicar os conhecimentos aprendidos nas oficinas educativas. Conclui-se que há lacunas na participação da comunidade no processo decisório sobre ações de saúde sendo o conselho e as qualificações consideradas como espaços de aprendizagem que proporcionam compreensão da função a ser exercida, discussões centradas nas experiências vividas, contribuindo significativamente para a formação de conselheiros críticos e reflexivos.

**Palavras-chave:** Conselhos de saúde; Participação da Comunidade; Democracia; Controle Social.

**Abstract:** The objective of this study was to understand the perception of counselors regarding their participative role in health councils. It is a qualitative research, based on action research, carried out with 18 municipal health councilors. A focus group was conducted and data were analyzed in the light of the thematic representational content analysis. The discussion was based on the theoretical framework of Democracy and Participation based on the assumptions of Robert Dahl. It has been shown that the council is a formative environment, since its members arrive unprepared and with the passage of time gain practical experience. Also, after the qualifications made, the counselors felt strengthened, as there was an increase in access to information, exchange of knowledge and experiences. Counselors wish to exercise more effectively the guideline of community participation and apply the knowledge learned in educational workshops. It is concluded that there are gaps in

community participation in the decision-making process of health actions, with council and qualifications considered as learning spaces, which provide an understanding of the role to be exercised, discussions centered on the lived experiences, contributing significantly to the formation of critical and reflective counselors.

**Keywords:** Health Councils; Community Participation; Democracy; Social Control.

## **Introdução**

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1980, consolidou as propostas existentes para a reformulação do setor saúde, declarando a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Desde então, avançou-se para a organização e funcionamento das políticas públicas, refletindo em uma atenção voltada à equidade e justiça dos cidadãos.

A participação e a inclusão de novos atores sociais no processo de formulação de políticas e controle de sua execução, foram idealizadas como principais estratégias de descentralização e municipalização da saúde, tornando mais permeável a corresponsabilização da sociedade nas decisões da gestão <sup>1</sup>.

Como diretriz do SUS, a participação da comunidade está garantida pela Lei nº 8.142/1990 em duas instâncias formais de participação, os conselhos e conferências de saúde, nas três esferas do governo: municipal, estadual e nacional <sup>2</sup>.

Os conselhos de saúde são compostos por representantes dos gestores, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, responsáveis pela formulação de estratégias e controle da execução das políticas de saúde, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros <sup>2</sup>. Os conselheiros devem participar de reuniões ordinárias e periódicas, para ocorrência do debate sobre as políticas de saúde, em caráter permanente e deliberativo, no qual auxiliem atividades de planejamento, fiscalização e identificação de necessidades prioritárias.

Cabe ressaltar que a execução das ações é responsabilidade do poder executivo. O conselho tem a função de fiscalizar para garantir que as decisões tomadas pelo conjunto de representantes sejam realizadas <sup>1</sup>.

Compete aos conselheiros a participação na elaboração, aprovação, discussão de instrumentos de gestão, acompanhamento e avaliação da saúde. Porém, diversas dificuldades nesse processo são constatadas, como a existência de conselheiros despreparados para essas tarefas, com pouca resolubilidade, que desconhecem as bases legais e ideológicas do SUS, com falta de autonomia e risco de comprometimento de eficácia de atuação no controle das ações <sup>1,3</sup>.

Alguns entraves na participação ocorrem em conselhos que são marcados por representantes que atuam de forma individualizada e independente, com predomínio do discurso técnico dos gestores, refletindo em baixo envolvimento dos conselheiros representantes dos usuários, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde na formulação de ações, proposição de ideias, discussões coletivas e fiscalização de recursos <sup>4,5,6,7,8</sup>.

Outros estudos enfocam os desafios da efetivação da atuação do conselheiro, sendo eles, a baixa disseminação das ações realizadas, distanciamento entre os representantes e suas bases e dificuldades na realização do controle, uma vez que a participação comunitária como forma de controle da gestão da saúde pública é extremamente complexa, necessitando competência técnica e aprendizado político <sup>7,9</sup>.

É importante que os conselheiros compreendam como realizar na prática, o controle das ações, bem como exercer influência nas decisões em relação as políticas de saúde de forma autônoma, crítica e participativa.

A difusão de informações e a construção do conhecimento são fundamentais para o fortalecimento das ações do conselho, para a participação no processo decisório e para o controle da implementação de políticas sociais <sup>10</sup>.

Diante desse cenário, faz-se necessário a realização de processos educativos para conselheiros, para que possam exercer o controle social e participar efetivamente na gestão das políticas públicas. Assim, espaços dialógicos com vistas à formação de sujeitos críticos, reflexivos, autônomos e participativos devem ser incorporados <sup>11,12,13,14</sup>.

Para tanto, iniciativas como a qualificação de conselheiros são importantes para consolidar suas atividades pois, possibilita reflexão sobre a realidade da saúde, acesso correto às informações, estímulo a criação de debates, acompanhamento e avaliação das ações.

A literatura encontrada corrobora <sup>11,14,15,16</sup> sobre a importância da realização de qualificação de conselheiros como uma estratégia de aprendizagem para o fortalecimento das políticas públicas. Entretanto, pouco se apresenta sobre a sua execução e principalmente a transformação gerada a partir da sua ocorrência. Assim sendo, fica a inquietação se a realização de oficinas educativas na realidade dos conselheiros de saúde contribui para o aperfeiçoamento da participação comunitária.

Este estudo teve como objetivo compreender a percepção dos conselheiros em relação a sua função participativa nos conselhos de saúde.

## **Método**

Trata-se de um recorte de doutorado intitulado “Estratégias de mobilização para a participação comunitária de conselheiros municipais de saúde”, em que realizou-se pesquisa-ação com conselheiros de saúde e optou-se por apresentar os resultados dos grupos focais.

A pesquisa-ação é adequada à identificação de problemas e possibilita desenvolver potenciais soluções para resolvê-los em um local específico <sup>17,18</sup>. Ademais, os pesquisadores/as trabalham explicitamente com, para e por pessoas em vez de realizar a pesquisa sobre elas <sup>18</sup>.

O grupo focal é uma técnica de pesquisa usada para ilustrar múltiplos aspectos de um fenômeno ou para iluminar um problema de diferentes ângulos, obtendo uma variedade de informações. É considerada uma entrevista coletiva, onde os participantes são escolhidos a partir de determinados critérios, cujas ideias e opiniões são do interesse da pesquisa <sup>17</sup>.

O estudo desenvolveu-se com conselheiros de saúde de três municípios pertencentes à Região de Saúde do Pólo Cuesta (RSPC) - Departamento Regional de Saúde (DRS) VI Bauru/ Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 9 – São Paulo.

A RSPC é composta por 13 municípios que compreendem uma área territorial de 6.394,44 km<sup>2</sup> e população de 279.329 habitantes com as seguintes características: 15% destes municípios possuem população menor que 5.000 habitantes, 46% entre 5.000 a 15.000 habitantes, 23% com população de 15.000 a 30.000 habitantes, 8% com população de 30.000 a 45.000 habitantes e um com população acima de 100.000 habitantes <sup>19</sup>.

Os critérios de seleção dos municípios se deram em conjunto com o DRS VI sendo um município de pequeno porte 1 (MPP1), com até 20.000 habitantes, um de pequeno porte 2 (MPP2), de 20.001 até 50.000 habitantes e um de grande porte (MGP), de 100.001 até 900.000 habitantes <sup>20</sup>.

Foram realizadas dez oficinas educativas sendo 4 no MGP, três no MPP1 e três no MPP2, no período de dezembro de 2016 a outubro de 2017.

Após 30 dias da realização das oficinas ocorreram três encontros de grupos focais, um em cada município, em tempo e espaço diferentes, nos meses de maio, outubro e novembro de 2017, com participação de 18 conselheiros, sendo: oito pertencentes ao MGP, cinco do MPP2 e cinco do MPP1.

Os encontros tiveram em média de 90 minutos de duração e os critérios de inclusão foram ser membro titular ou suplente do CMS, ter participado de no mínimo três oficinas educativas e ter aceito participar da pesquisa.

Foram utilizadas as seguintes questões norteadoras: Como o/a Senhor/a percebe a sua participação no conselho municipal de saúde (CMS)? Em que pontos a qualificação que

o/a Senhor/a participou contribuiu na sua atuação como conselheiro/a? O que mudou após o processo de qualificação?

Participaram uma moderadora, a pesquisadora, que se responsabilizou pela condução dos grupos, e uma assistente que observou a conduta dos participantes e auxiliou na anotação dos acontecimentos.

Para preservar o anonimato, os discursos foram identificados pela letra C seguida da sigla correspondente ao município realizado e ordem da inserção dos discursos, como por exemplo: CMGP.1 (Conselheiro pertencente ao município de grande porte 1).

Os dados construídos foram gravados, transcritos e posteriormente analisados à luz da Análise de Conteúdo representacional temática <sup>21</sup>, que propõe uma sequência de análise baseada nas seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Inicialmente, realizou-se leitura dos documentos para melhor familiarização com os textos. Em seguida, procedeu-se recortes em unidades de registro, contextos, núcleos de sentido e categorização. Por último, os dados foram sistematizados com posterior discussão com a literatura.

A discussão apoiou-se no referencial teórico da Democracia e Participação, a partir dos pressupostos de Robert Dahl <sup>22,23</sup>. A democracia contemporânea e participação são temas de destaque para o cientista político Robert Dahl, que propõe uma reflexão teórica de democracia alinhada com a forma de viver politicamente dos cidadãos. As democracias existentes são aproximações do ideal democrático e, por isso, são chamadas de poliarquias <sup>22</sup>.

A democracia possui como característica essencial a responsividade do governo às escolhas de seus cidadãos, que são considerados como iguais politicamente. É a qualidade de ser ou tentar ser absolutamente responsivo a todos os seus cidadãos <sup>22</sup>.

Assim, para um governo ser responsivo às preferências de seus cidadãos, encarados como iguais politicamente, todos os cidadãos devem ter oportunidades plenas de formular, expressar suas ideias a seus concidadãos e ao governo por meio da ação individual e coletiva e ter suas opiniões igualmente consideradas na conduta do governo, ou seja, consideradas sem discriminação do conteúdo ou da origem da preferência. Essas são as condições necessárias à democracia, ainda que, possivelmente, não sejam o bastante <sup>22</sup>.

Para o autor, a democratização é formada por duas dimensões: a amplitude de oposição ou contestação pública da população e a inclusão, que se refere à proporção da população habilitada a participar, controlar e contestar a conduta do governo. Esta identificação de democratização com base nas duas dimensões, oposição e participação,

permite uma classificação dos regimes políticos, evidenciando uma maior ou menor proximidade do ideal democrático <sup>22</sup>.

Se um regime tem uma alta contestação pública, ele se torna mais competitivo. Já se o regime proporciona uma maior participação da população, ele está possibilitando uma maior popularização e inclusão. Dessa forma, as poliarquias são regimes que foram fortemente inclusivos e abertos à contestação pública <sup>22</sup>.

Abre-se espaço para as regras democráticas e participação dos atores políticos, com suas escolhas, tomadas de decisões, atitudes. E a forma como atuam desempenham uma função decisiva para a obtenção e manutenção da democracia <sup>22</sup>.

A escolha do referencial de Dahl deu-se a partir das reflexões sobre os debates existentes acerca dos direitos sociais e individuais que só podem existir nas sociedades em que os principais interessados são aqueles que têm oportunidade de participar, dialogar, defender seus direitos e conquistá-los.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, *campus* de Botucatu sob número 1.578.025/2016 e possui financiamento pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (Processo 2016/19711-2). O estudo foi realizado mediante autorização dos Secretários Municipais de Saúde e após consentimento dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **Resultados e Discussão**

A idade dos 18 participantes variou entre 24 e 70 anos, sendo a idade média de 47,9 anos. Quanto ao sexo, 72,2% eram do sexo feminino e 27,8% do sexo masculino. Quanto à escolaridade, 61,1% possuíam ensino superior completo, 33,3% ensino médio completo e 5,6% ensino fundamental completo. A profissão ou estado referido que mais se destacou foi aposentado (27,8%).

Em relação à representatividade no conselho, 44,4% representam os usuários dos serviços de saúde, 22,2 % os prestadores de serviço, 16,7% os trabalhadores de saúde e 16,7% os gestores. Quanto a experiência de ser conselheiro, 55,6% participaram do conselho em gestões anteriores. A partir da análise dos depoimentos, emergiram 4 categorias temáticas: (1) “Os conselheiros e a participação nas reuniões municipais”; (2) “A qualificação como aliada na formação dos conselheiros”; (3) “Importância da qualificação como promotora de mudanças”; (4) Expectativas dos conselheiros sobre a prática dos conhecimentos aprendidos”.

## Os conselheiros e a participação nas reuniões municipais

No que se refere à participação dos conselheiros nas reuniões municipais, pode-se verificar que atuar no conselho proporciona aprendizado. Os depoimentos revelaram que o CMS é um ambiente formativo, uma vez que eles chegam despreparados, e com o passar do tempo, ganham experiência prática, adquirem conhecimento e autonomia.

*“Eu cheguei no conselho faz uns dois anos atrás sem saber como funcionava, não sabia o que tinha que fazer. Foi a partir das reuniões que fui entendendo melhor o meu papel [...] porque eu fui adquirindo experiência.”. (CMPP2.1)*

*“Eu não tinha noção de como era um conselho, depois que eu comecei a participar que fui entendendo [...]. No início eu não sabia como funcionava nada. Se eu não sabia, eu não conseguia participar, não conseguia cobrar [...]. A minha participação hoje é muito melhor de que quando eu entrei” (CMGP.3)*

Nos conselhos, os indivíduos convivem com diferentes atores da sociedade, sendo ambientes plurais que possibilitam a troca de vivências e o aprendizado mútuo <sup>24</sup>. Compreendem um espaço que oferece uma pluralidade de experiências, permitem a integração de diferentes saberes e aquisição de posturas críticas diante das situações com que se deparam.

Segundo Dahl <sup>23</sup> a participação efetiva corresponde no desejo, na vontade e na ação dos indivíduos na busca do direito de participar, expressar suas ideias e de ouvir o que outros cidadãos têm a dizer. Atuar no conselho permite a aplicação dos princípios morais e éticos que regem a conduta humana com a inserção de tomadas de decisões baseadas nesses princípios. Assim, exercer a cidadania participativa inclui vivenciar um processo de aprendizagem refletindo sobre as experiências diárias e práticas dos indivíduos, com deliberação, consideração de possíveis alternativas e suas consequências.

Participar de ambientes democráticos, como o conselho, permite a construção do próprio desenvolvimento humano, com a promoção de características desejáveis à existência humana como a honestidade, justiça, coragem e amor. Pertencer ao conselho significa ter uma maior probabilidade de agir com responsabilidade, ponderar as melhores alternativas e pesar as consequências dos atos, levando em conta os direitos e as obrigações individuais e dos

outros. Além disso, é importante saber discutir livre e abertamente com todos os problemas que são enfrentados juntos <sup>23</sup>.

Nesse olhar, atuar em uma esfera em que são discutidos aspectos da vida pública amplia a visão sobre a realidade da saúde do município, integração com os demais profissionais dos serviços de saúde, sentimento de pertença e responsabilidade para com a comunidade.

*“Vejo que a minha participação é importante para eu conhecer mais o que é feito dentro do município, conhecer mais os outros profissionais, os outros atores que integram as demais políticas públicas e dessa forma me sinto colaborativo” (CMPP2.5)*

Os participantes relataram que o acesso às informações de saúde está relacionado à sua inserção profissional, pois, para alguns, o fato de ser trabalhador de saúde e atuar no serviço público, como a Secretaria Municipal de Saúde, possibilita a maior oportunidade de deter conhecimentos sobre a área, facilitando assim o trabalho no conselho.

*“O conhecimento vem muito do segmento que cada um de nós representamos. Eu sou representante da gestão, então eu já tenho um conhecimento de toda a organização da saúde por que eu trabalho com isso. Nós que representamos a gestão no conselho, já conhecemos termos técnicos, prazos de relatórios, como lidar com a situação. Nós vemos que aqui no conselho alguns embates não têm resolubilidade por falta de conhecimento dos demais conselheiros, principalmente dos usuários.” (CMGP.2)*

Dessa forma, o participante explicita a vantagem de trabalhar no serviço público em relação aos outros conselheiros, especialmente, os usuários, no que refere ao acesso às informações, à garantia do conhecimento, à participação e ao poder de decisão nos debates ocorridos.

A participação pode ser considerada como diferencial quando relacionada à questão do poder, no qual os grupos organizados alcançam o direito de influenciar nas decisões que os afetam e adquirem capacidade de se relacionar com uma dada soberania <sup>1</sup>. Nessa perspectiva, alguns conselheiros, melhor informados sobre as atividades do conselho, muitas vezes, tomam parte do debate, com uma capacidade de discussão diferenciada em relação aos outros representantes.

Por outro lado, os representantes dos gestores, prestadores de serviço e trabalhadores da saúde são os que possuem as maiores ausências nas reuniões comparando-se com os usuários.

*“É interessante ressaltar que o maior índice de evasão no nosso conselho é dos representantes dos trabalhadores da saúde, prestadores de serviço e gestores. Eles deveriam estar em todas as reuniões e são os que mais faltam.” (CMGP.4)*

*“O que nós percebemos é que os representantes dos usuários apesar de não possuir tanto conhecimento, têm um comprometimento maior com as atividades do conselho. Os representantes dos gestores, prestadores de serviço e trabalhadores de saúde são subordinados a alguém, prestam serviço para algum local e por isso não têm tanto compromisso e responsabilidade em comparecer nas reuniões” (CMGP.1)*

O Conselho Nacional de Saúde, manifestando preocupação com a composição dos conselhos e considerando a presença como condição necessária para que a participação ocorra, aprovou a Resolução nº 435, de 10 de maio de 2012, que considera haver heterogeneidade e composição paritária entre o número de representantes dos usuários em relação ao segmento dos trabalhadores e gestores <sup>25</sup>.

Apesar da prevista paridade, nota-se que a atuação no CMS possui entraves que repercutem na efetividade da participação. Segundo as falas acima, aqueles que têm um maior conhecimento sobre os temas são os que menos participam, podendo indicar uma correlação de forças desiguais nas deliberações.

É fundamental que os conselheiros participantes tenham vontade de integrar o conselho e não participem apenas por indicação de suas representações, como por exemplo, indicados pelo segmento dos trabalhadores ou gestores. Para se compor um conselho plural e empenhado, é importante a inserção de novos atores que possam estimular o debate e melhorar o processo decisório <sup>26</sup>.

Nota-se, ainda, que dificuldades de união entre os membros e insuficiência de eficiência na tomada de decisões em conjunto contribuem para a fragilização das ações no conselho. Muitos exercem a sua atividade de forma individual, não pensando no bem comum.

*“Quando entrei no conselho pensava que as ações deveriam ser feitas em conjunto. No entanto, é muito difícil. No dia a dia, após as reuniões, não ocorre entrosamento. E, nas reuniões, muitas decisões são feitas de maneira individual. Porém, uns*

*têm mais conhecimento e bagagem que os outros, o que gera dificuldade de conversa e discussão.” (CMPP2.5)*

A dificuldade em se expressar durante as reuniões também é relatada, gerando pouca participação, isto é, ficam em silêncio apenas observando os demais conselheiros mais experientes.

*“A minha participação, por exemplo, eu acho que é muito fraca. Eu aprendi mais do que ajudei no conselho. Eu vim conhecer um mundo que eu não conhecia. Eu acho que eu não tive uma participação efetiva em ajudar não. Vejo que mais aprendo do que participo... a gente se torna conselheiro sem ter noção do que é, nós não temos um preparo antes. Vamos aprendendo a força, com o passar do tempo.” (CMGP.1)*

Ser um representante no conselho significa ter uma carga de participação nas decisões sobre as políticas públicas, não a partir de interesses pessoais, partidários ou de alguma entidade específica e sim do coletivo<sup>27</sup>. É preciso, pois, um processo de ampliação do acesso às informações sobre a atuação do conselheiro, uma reflexão crítica das ações que estão sendo realizadas e a criação de um potencial argumentativo em prol da coletividade.

Dahl<sup>23</sup> afirma que a liberdade de expressão é uma condição necessária para que os cidadãos realmente participem da vida política. A expressão livre é a única forma de tornar conhecidos os pontos de vista, significando não somente o direito de ser ouvido, mas também o direito de ouvir o que os outros têm para dizer.

Importante ressaltar a realidade de um dos conselhos pesquisados em que a participação dos atores como conselheiros não ocorria na prática.

*“Nós eramos apenas assinantes, aqueles que assinam a ata, não participam, não se reúnem, não discutem, apenas assinam as atas.” (CMPP1.3)*

*“Na verdade, eu não participo do conselho. Tem meu nome no regimento, sou membro na teoria, mas na prática eu não participo. Eu somente assino, dizendo que participei.” (CMPP1.4)*

A ata é um documento oficial, de valor jurídico, que transcreve uma reunião, descrevendo os acontecimentos, discussões, propostas, votações e decisões ocorridas. Percebe-se, a partir dos depoimentos, que um dos conselhos investigados não se reúne, ou

seja, não exerce a diretriz da participação da comunidade. O que ocorre é uma distorção das atas de reuniões, uma vez que os conselheiros, em sua totalidade, não são atuantes, porém assinam o documento afirmando a sua presença.

Assim, no conselho exposto, é fundamental uma mudança da realidade evidenciada, com um processo contínuo de ampliação de conhecimentos, para que ocorra um reconhecimento da função do conselheiro, bem como a consciência da importância de ser um cidadão participante ativo na vida política do município com vistas ao fortalecimento e aprimoramento do SUS.

### **A qualificação como aliada na formação dos conselheiros**

A qualificação para os conselheiros foi entendida como uma estratégia formativa que proporcionou conhecimentos novos que os empoderaram para um reconhecimento dos seus papéis e um melhor exercício de suas funções.

*“Após as qualificações nós ganhamos conhecimento. Aprendemos o que pode ser feito, onde podemos atuar... Antes nós não sabíamos o que era ser conselheiro. Agora eu sei qual é o meu papel, mudou o meu compromisso com o conselho.” (CMPP1.3)*

*“Mudou a minha visão [...] hoje com as oficinas eu sei qual a finalidade de participar, o porque eu estou aqui discutindo. Antes não fazia muito sentido porque eu não tinha conhecimento sobre a saúde e também não sabia meu papel como conselheira.” (CMPP2.1)*

Evidencia-se que, no início do mandato, a atuação no conselho é extremamente frágil, uma vez que os membros não recebem formação para exercer as suas funções, colocando em risco a efetividade da diretriz da participação da comunidade. Após as qualificações, os conselheiros sentiram-se fortalecidos, pois houve a ampliação do acesso às informações, troca de conhecimentos e experiências, refletindo em conselheiros engajados e reflexivos.

Os processos educativos de conselheiros podem ser considerados como um desenvolvimento de educação para saúde, uma vez que a construção do conhecimento precisa ser realizada de forma compartilhada, advindas de experiências e práticas vivenciadas pelos sujeitos envolvidos com o objetivo de qualificar as discussões em saúde <sup>28,29</sup>.

O aprendizado para ser consolidado deve ser promovido por meio de vivências, em que os cidadãos interagem entre si, conquistando autoconfiança e reconhecimento do outro e a si mesmos como atores de um mesmo processo formativo <sup>14</sup>.

Assim, o desafio da educação é possibilitar o desenvolvimento de competências que os indivíduos participem e interajam democraticamente em um ambiente globalizado, sejam capazes de obter soluções inovadoras para os problemas e compreender que a aprendizagem não é um processo estático, mas algo que deve ocorrer ao longo de toda a existência humana <sup>30</sup>.

Na perspectiva de Dahl <sup>22</sup>, a democracia é um sistema político que tem, como uma de suas características, a qualidade de ser inteiramente, ou parcialmente, responsivo a todos os seus cidadãos. Assim, faz-se necessário o envolvimento dos indivíduos como sujeitos políticos ativos, em constante formação <sup>14</sup>.

Para que o conselheiro tenha uma participação efetiva, ele precisa de conhecimentos que o qualifiquem para tal, que lhe permitam acesso às informações com apropriação dos temas debatidos e concessão da autonomia, pois, sem acesso à informação e aprendizado, não é possível participar satisfatoriamente <sup>29</sup>.

O acesso à informação por si só não é garantia de produção de conhecimento e aprendizagem. É necessário, que os indivíduos possam reconstituir o seu conhecimento ou até mesmo desconstruí-lo, desejando uma nova construção <sup>30</sup>.

Neste processo, o conhecimento é entendido como a capacidade que o indivíduo tem diante do novo conteúdo, de produzir uma competência reflexiva capaz de estabelecer conexões com outros conhecimentos e de utilizá-lo no decorrer da vida. Assim, a aprendizagem é muito mais significativa à medida que um novo conteúdo é materializado às estruturas de conhecimento do aprendiz e alcança significado a partir da associação com o conhecimento prévio <sup>31</sup>.

Pôde-se observar que as informações construídas durante as oficinas se materializaram em conhecimento, gerando conselheiros com maior iniciativa, envolvidos nas atividades e com o sentimento de pertença ao conselho.

*“A qualificação permitiu a troca de conhecimentos que gerou mudança da minha visão, um maior envolvimento com o conselho. Eu aprendi muito com os temas discutidos, com as perguntas que foram realizadas, as dúvidas que alguns tiveram na maioria das vezes eram as minhas dúvidas também. A qualificação trouxe uma motivação para continuar a fazer o que estou fazendo, uma vontade de colocar em prática tudo que aprendi.” (CMGP.5)*

Dessa forma, a qualificação de conselheiros objetivou trabalhar pedagogicamente conceitos e habilidades com vistas a promover o desenvolvimento de recursos técnicos, éticos, políticos geradores da capacidade de analisar criticamente a realidade e aprimorar as estratégias de luta. Configura-se, portanto, em uma forma de construção da participação democrática no redirecionamento das ações públicas <sup>32</sup>.

Segundo Dahl <sup>22</sup>, a sociedade é tão mais democrática quanto maior for sua capacidade de expandir e aprimorar a participação dos diferentes segmentos sociais na tomada de decisões, principalmente daqueles que sempre estiveram afastados dos processos políticos, e, ao mesmo tempo, legitimar as decisões ocorridas por eles.

Assim, os conselhos de saúde são espaços deliberativos que representam uma importante inovação do movimento democrático. Todavia, sua prática é marcada por um caminho contraditório, que mescla conquista e obrigação. Esse cenário, apesar de ser legalmente constituído a partir de um processo de luta política, é instaurado apenas como obrigação legal ou determinação de gestores <sup>33</sup>.

Percebe-se uma acomodação dos participantes, antes das oficinas educativas, pois a opinião, o diálogo, a decisão e, portanto, a participação não ocorria. Desta forma, a iniciativa de qualificações de conselheiros mostrou ser uma estratégia importante para a consolidação do ambiente democrático participativo, uma vez que permite a criação de maior autonomia na tomada de decisões.

*“A qualificação me ajudou bastante... porque eu não tinha noção de nada, eu achava que era somente chegar aqui, aprovar e pronto. Agora, eu sei que se eu não concordar e tiver algo errado eu não preciso aprovar. Eu posso falar não. Eu aprendi que, se um dia eu não estiver de acordo, eu posso falar, dar a minha opinião, mostrar o que eu acho. Me fez sentir mais importante.” (CMGP.3)*

*“O que ficou mais forte é que eu posso discordar se algo estiver errado. Eu tenho autonomia.” (CMGP.7)*

A autonomia é um processo construído a partir das experiências de decidir, no qual o indivíduo desenvolve seus valores e concepções. Desta forma, o educador, para florescer a autonomia de seus educandos, necessita criar atividades que estimulem a tomada de decisão e a responsabilidade, para que eles aprendam a decidir com liberdade, assumindo as consequências dos seus atos <sup>34</sup>.

Deste modo, práticas que geram independência, liberdade e emancipação dos sujeitos devem ser trabalhadas no conselho de saúde durante todo o mandato de seus membros, a fim de que ocorra o reconhecimento de situações conflituosas, análise crítica das implicações, para, assim, tomar decisões com responsabilidade.

Contudo, apesar dos benefícios da qualificação no desenvolvimento de competências, alguns conselheiros relataram a dificuldade em participar ativamente das reuniões, o que sugere a promoção de contextos formativos que desenvolvam recursos sociais efetivos.

*“Eu sinto que com a capacitação eu agreguei bastante conhecimento mas eu ainda não me sinto participativa, atuante. A capacitação contribuiu para a minha formação, para eu aprender e com isso participar mais nos debates, porém eu não consigo. Parece que falta algo em mim, na reunião eu mais escuto que participo...Eu não sei, não sei se é meu perfil. Acho que sou aquela pessoa que consigo ouvir mas não tenho talento para reagir”.* (CMGP.1)

*“Eu aprendi com as capacitações o meu papel mas ainda não consigo ser uma voz ativa dentro do conselho, talvez devido a minha timidez.”* (CMGP.6)

Os depoimentos revelaram sentimentos de menos valia em conselheiros com dificuldades pessoais não superadas após a qualificação, apesar dos novos conhecimentos adquiridos. A impotência de agir e participar, introduz a dúvida sobre a utilidade e competência do conselheiro, refletindo, dessa forma, na consolidação da democracia participativa. Assim, esse obstáculo poderia ser minimizado pela continuidade e fortalecimento das qualificações, sem pausas ou intervalos. Cabe às universidades, pesquisadores/as e gestores o oferecimento de apoio para que ocorra a solidificação das atividades educativas nos conselhos de saúde.

### **Importância da qualificação como promotora de mudanças**

Os conselheiros reconheceram a importância e necessidade da qualificação para o fortalecimento das atividades dentro do conselho e como promotora de mudanças. Ressaltaram que algumas competências foram desenvolvidas no decorrer das oficinas como: modificação da postura nas reuniões, aceitação das diferenças, revisão das atitudes realizadas,

consolidação da atuação como multiplicadores de informações, visão diferenciada do que é o CMS e fortalecimento do grupo:

*“A qualificação foi excelente para fortalecer o relacionamento do nosso grupo, para conversar, trocar ideia... Quando eu tinha alguma dúvida eu sempre perguntava para as pessoas que estavam fazendo a qualificação comigo do que perguntar para um participante estranho no conselho, que eu não tenho intimidade” (CMGP.5)*

*“Após as oficinas ficamos mais unidos. Foi criado uma verdadeira amizade.” (CMPP1.4)*

Os depoimentos revelaram que houve fortalecimento do vínculo entre os participantes, visto que buscam apoio e esclarecimento de dúvidas e orientações das ações entre si. Percebe-se que o diálogo criado durante as qualificações contribuiu para o entrosamento do grupo e aperfeiçoamento das atividades relativas ao conselho.

Quando o vínculo se estabelece, ocorre uma relação mais horizontal, com escuta mútua e diálogo, capaz de resistir às divergências, confrontos, acordos e alianças. A proximidade e a cooperação criadas possibilitam maior sintonia entre os sujeitos, refletindo em harmonia nas diferenças e transformação das singularidades em potências. Os encontros, a ajuda mútua e o contentamento em perceber uma ação como efetiva para a coletividade reforçam laços, revigoram os envolvidos e fortalecem as ações <sup>35</sup>.

Além de intensificar o convívio dos conselheiros, as qualificações permitiram mudança de postura, revisão de atitudes, criação de autonomia e empoderamento. Assim, a forma como os indivíduos realizam suas escolhas tem estreita relação com o conhecimento e com a capacidade de participação. Sujeitos engajados são capazes de mudar a mentalidade sobre determinados aspectos, desenvolver habilidades individuais e coletivas e comportar-se com autoconfiança.

*“A qualificação foi importante para que eu pudesse argumentar melhor durante as discussões. Eu consegui mudar a minha atitude...porque antes eu somente escutava na reunião e não falava nada, concordava com tudo. Porque eu não tinha conhecimento. Agora eu tenho argumentos para debater e opinar.” (CMPP2.1)*

Nesse perspectiva, a criação de argumentação para debater e opinar está extremamente ligada com o conceito de empoderamento, entendido como um processo

dinâmico que abrange perspectivas relacionadas à cognição, conhecimento, atitude e afeto. Manifesta-se como aumento do poder, autonomia, liberdade, sentimento de pertença, engajamento, criação de práticas solidárias, reciprocidade, emancipação dos sujeitos e corresponsabilização das atividades da gestão <sup>36</sup>, sendo a qualificação uma estratégia importante para promover a resignificação dos espaços participativos e das relações sociais existentes nesses ambientes.

Desenvolver o pensamento crítico e trabalhar com consciência significa ser capaz de sair de uma posição de impotência e submissão para um protagonismo ativo, fortalecido com novas habilidades e competências no enfrentamento dos desafios participativos. Assim, sistemas democráticos, como o conselho de saúde, possibilitam as condições necessárias para agir com responsabilidade, liberdade, capaz de discutir livre e abertamente com os demais sujeitos <sup>23</sup>.

Outro caminho revelado pelos participantes quanto ao benefício da qualificação foi a oportunidade de refletir, considerar e respeitar as diferenças existentes no espaço democrático que é o CMS.

*“A qualificação me permitiu refletir que ninguém é igual a ninguém. Serviu para eu ponderar e me atentar que devo respeitar mais as diferenças e eventuais dúvidas que surgem de outros conselheiros. Eu aprendi que devo o tempo inteiro conviver com o diferente, me colocar no lugar do outro, ter mais paciência, respeitar os meus colegas com as suas opiniões”. (CMGP.2)*

Segundo Delors <sup>37</sup>, participar ativamente proporciona uma aprendizagem no qual deve estar ancorada nos quatro pilares da educação: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver em comum e aprender a ser.

O aprender a conhecer caracteriza-se pela aquisição de instrumentos do conhecimento, que permitem compreender o ambiente sob seus diversos aspectos, visando ao desenvolvimento do raciocínio crítico e reflexivo frente às situações vivenciadas. O aprender a fazer é inseparável do modelo de aprendizagem aprender a conhecer, uma vez que o aprender a fazer tem como sustentação o desenvolvimento de competências com o intuito de tornar os indivíduos habilitado a enfrentar diferentes situações, inclusive a formação profissional, colocar em prática o conhecimento aprendido <sup>37</sup>.

O aprender a conviver, assim como evidenciado pelos conselheiros, significa a capacidade de desenvolver vínculos sociais por meio da compreensão do outro, respeitando as

diferenças, exercendo a capacidade de evitar possíveis conflitos <sup>37</sup>. É um dos maiores desafios da educação e da participação da comunidade saber lidar com empatia, contra o preconceito e rivalidades diárias que se apresentam ao longo do percurso, tendo a sabedoria de respeitar a diversidade e os semelhantes:

*“Eu aprendi com as oficinas que participar não é entrar em um embate, criar polêmica. É você estar presente na hora de uma discussão, dar a sua opinião, ter a consciência daquilo que você está aprovando. Por que você não está aprovando para si próprio, você está aprovando uma cidade toda.” (CMPP1.2)*

O aprender a ser, pressupõe o desenvolvimento da auto regulação do processo de aprendizagem pelo indivíduo, com independência, responsabilidade e discernimento <sup>37</sup>. É ter a consciência que em um ambiente democrático as discussões são conduzidas em prol de benefícios coletivos e objetivos comuns.

*“Aprendemos que participar do conselho vai além de fiscalizar... temos que ter responsabilidade, propor novas ações, não pensar em benefícios individuais e sim em ações coletivas.” (CMPP1.4)*

*“Eu consegui após as oficinas deixar de pensar somente no meu desejo e pensar mais no benefício de todos.” (CMPP2.2)*

Por fim, quanto às mudanças ocorridas nos conselheiros de saúde após as qualificações, eles relataram ter consolidado a função de multiplicadores de informações nos espaços em que atuam, como: conselho local de saúde, associações, unidades de saúde e o próprio local de serviço. Consideram que os conhecimentos construídos nas reuniões e durante a qualificação os fortaleceram para atuarem como multiplicadores e propagadores das informações.

*“Eu muitas vezes fui no posto de saúde e lá mesmo conversei sobre os assuntos que foram discutidos nas reuniões. As pessoas da minha região não veem nas reuniões mas sabem que eu estou vindo e elas comentam, conversam comigo, eu tiro as dúvidas (CMGP.3)*

*“Muitas pessoas não sabem que existe o conselho, o meu papel é falar para essas pessoas tudo o que acontece aqui, o que eu aprendo.” (CMGP.7)*

*“Com os meus vizinhos eu faço um trabalho de ‘formiguinha’, devagar eu vou repassando as informações aprendidas e vejo que um vai transmitindo para o outro.” (CMPP2.2)*

Segundo Dahl <sup>23</sup>, os cidadãos têm o direito de buscar fontes de informação diversificadas e independentes tanto de outros cidadãos, como de especialistas, jornais, revistas, livros, telecomunicações e afins. Por isso, os conselhos compreendem um espaço independente que possibilita o bom funcionamento democrático capaz de formar multiplicadores aptos a atuarem na garantia dos direitos sociais. Sendo assim, o processo de qualificação se torna fundamental para criar espaços para o conhecimento das ações que estão sendo realizadas pelo conselho, gerando visibilidade, e para surgimento de novas lideranças participativas.

### **Expectativas dos conselheiros sobre a prática dos conhecimentos aprendidos**

Essa categoria aborda o desejo dos conselheiros em exercer com maior efetividade a diretriz da participação da comunidade e aplicar os conhecimentos aprendidos nas oficinas educativas:

*“Nós acabamos de aprender o que é o trabalho do conselheiro. A partir de agora eu quero colocar em prática tudo que aprendi. Participar efetivamente.” (CMPP1.2)*

Percebe-se que os conselheiros relataram dificuldades em relação as atribuições e responsabilidades do conselho, sendo que, após as qualificações, houve a apropriação do conhecimento e a intenção de executar corretamente as lições aprendidas.

A disposição de desempenhar a função de conselheiro com maior qualidade está extremamente relacionada com a essência das oficinas educativas realizadas, pautadas no pensamento de Paulo Freire. Por meio da comunicação, problematização, estabelecimento de vínculos e reflexão ocorreu o fortalecimento dos diferentes atores participativos e modificações na realidade na perspectiva de transformação social. Pôde-se verificar a

efetividade das oficinas educativas à luz do pensamento freireano por fomentar a reflexão e a vontade de agir dos indivíduos.

*“A forma como foi dada as oficinas, a didática, o jeito do aprendizado ficou mais fácil para aprender... todos os debates estavam relacionados com o nosso dia a dia e permitiram uma reflexão.” (CMGP.7)*

A educação libertadora de Paulo Freire tem como proposta o desenvolvimento da consciência crítica e eficaz para perceber a realidade social em um processo de diálogo, problematização e construção do conhecimento. Aborda o indivíduo em sua multidimensionalidade, no encontro dos sujeitos com a realidade em que estão inseridos, problematizando suas vivências e (re) construindo suas formas de viver e, como resultado, (trans) formando seu olhar<sup>34</sup>.

Nesse sentido, devido ao reconhecimento adquirido da responsabilidade de seus posicionamentos, os conselheiros relataram que o processo de qualificação deve ocorrer no início do mandato dos novos membros, uma vez que, todos estariam preparados para exercer com propriedade a função que será exercida nos próximos anos.

*“Essa qualificação mostrou para mim que o conselheiro não pode assumir o conselho sem passar por uma qualificação. Não podemos deixar que os novos representantes do conselho cheguem às cegas como nós chegamos.” (CMGP.4)*

*“A qualificação deve ocorrer para novos membros antes de assumir o conselho. As pessoas quando entram no conselho têm que ser preparadas e não serem ‘jogadas’ como ocorre hoje.” (CMPP2.1)*

Assim, a transformação do entendimento das funções dos conselheiros após as qualificações, comprova um desejo de mudança de atitude na prática, demonstrando a importância da realização de cursos de qualificações em todos os conselhos do país, no início do mandato, para que os atores participativos possam exercer suas atividades conscientes das suas atribuições.

Os participantes expressam também a vontade de melhorar a forma com que o controle social é realizado.

*“Nós precisamos nos organizar para que algumas informações importantes como, prestação de contas, relatórios de gestão, cheguem um pouco antes para podermos discutir e exercer de fato o controle social.” (CMPP2.5)*

Para o exercício do controle social, a Lei Federal nº 12.438 de 2011 determina que o gestor do SUS, em cada esfera de governo, apresente o relatório de prestação de contas trimestralmente ao conselho de saúde correspondente e, respectivamente, em audiência pública às câmaras de vereadores, às assembleias legislativas e às duas Casas do Congresso Nacional, a Câmara dos Deputados e o Senado Federal, referente a sua atuação naquele período<sup>38</sup>.

No relatório, devem constar informações sobre montante e fonte de recursos aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas no período e oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada<sup>38</sup>.

Portanto, realizar o controle social sobre os recursos públicos de saúde é um desafio para os conselheiros, uma vez que existem diversas dificuldades para efetivá-lo. Os recursos de prestação de contas são extremamente complexos, com apresentação de aspectos financeiros e orçamentários, o que dificulta a compreensão para fins de avaliação, uma vez que ela acontece de forma rápida e não explicativa.

Segundo Correia,<sup>39</sup> as dificuldades de obter a efetividade no controle social por meio da atuação dos conselheiros de saúde são principalmente devido a duas considerações: a avaliação dos recursos públicos é vista como uma questão árdua e intocável, específica a pessoas que detêm conhecimento do assunto como os técnicos contábeis e gestores; os instrumentos de prestação de contas são complexos e de difícil compreensão.

Assim, a ideia de organizar o processo de prestação de contas, para que ela ocorra de forma planejada, com a devida parceria entre os gestores do SUS – ao facilitar a dinâmica de envio do material a ser analisado, e dos conselheiros – ao prepararem e estudarem para analisar o andamento das atividades, é uma forma de aperfeiçoar os entraves existentes no que tange ao exercício do controle social.

Uma singularidade evidenciada foi o fato de um conselho pesquisado não ser atuante. Assim, após as qualificações, os membros relataram ter disposição para ativar a ocorrência das reuniões e reorganizar as atividades.

*“A qualificação foi um estímulo para que as reuniões do conselho aconteçam de fato. Adquirimos conhecimentos, estamos mais unidos, agora é fazer o conselho funcionar.” (CMPP1.1)*

*“O que eu desejo agora é conversar com os outros membros para sermos mais participativos. Se tiver que ligar para os conselheiros, lembrando das reuniões eu ligo para todos. Se tiver que mudar o presidente, por ele não poder estar nas reuniões nós já decidimos e mudamos. Precisamos mudar. Talvez fazer outra eleição, encontrar pessoas que realmente desejam participar.” (CMPP1.2)*

Com a realização das qualificações voltadas para o estímulo ao diálogo sobre as dificuldades e potencialidades, foi possível perceber uma vinculação consciente dos participantes às ações do conselho, desejando mudanças de atitudes e comportamentos para concretizar a democracia participativa.

Em instituições democráticas, todos os indivíduos são considerados como se fossem igualmente qualificados para participar do processo de tomada de decisões sobre as políticas, sejam quais forem as questões, todos os membros devem ser tratados como politicamente iguais<sup>23</sup>. Para tanto, a pesquisa evidenciou que há necessidade de formação para que essa paridade seja garantida nas diferenças.

Antes de tomar qualquer decisão, todos os membros devem ter oportunidades iguais e efetivas para fazer outros membros conhecerem suas opiniões e dialogarem sobre qual o melhor caminho a seguir<sup>23</sup>.

É fundamental que a democracia se fortaleça como princípio e como prática dentro dos espaços participativos, possibilitando que diferentes categorias da sociedade estejam presentes, participem e tenham voz, e essencialmente, que estas vozes sejam ouvidas e originem em determinações políticas concretas<sup>40</sup>.

Espera-se que, a partir da percepção das mudanças encontradas pelos conselheiros de saúde, surjam caminhos para uma qualificação continuada nos diversos conselhos existentes no país. E, ainda, transformar, pela construção participativa, formas e caminhos possíveis para o exercício de uma melhor atuação dos conselheiros, permitindo, assim, a efetivação de uma atuação mais resolutiva e comprometida com os debates das políticas de saúde.

Estes resultados apontaram um avanço à criação de novos saberes por meio de qualificações aos conselheiros participantes, despertou interesse em aprimorar a participação

nos espaços de discussões coletivas, podendo, dessa forma, transformar a realidade dos conselhos, efetivando e dando visibilidade à diretriz da participação comunitária em diferentes lócus de atuação.

Como fatores limitantes apresenta-se a locorregionalização dos cenários estudados. Porém infere-se que os resultados possam ser replicados em diversos espaços, por ser flexível, auxiliando a elaboração de qualificações locais para melhoria da participação da comunidade no conselhos de saúde, tornando os conselheiros mais ativos, dinâmicos e participativos nas deliberações em saúde pública.

## **Conclusão**

Os conselheiros apresentaram uma participação pouco efetiva no processo decisório das ações de saúde, sendo o conselho e as qualificações consideradas espaços de aprendizagem, que proporcionaram compreensão sobre a função a ser exercida e novos olhares à prática participativa.

As oficinas como espaço dialógico, permitiu a troca de saberes e melhorou a interação entre o grupo. Proporcionou a expressão de vivências e desmitificação de ideias e conceitos acerca dos temas debatidos. A utilização da pesquisa-ação possibilitou a inserção da pesquisadora na realidade dos conselhos, com discussões e considerações centradas nas experiências vividas pelos participantes, contribuindo significativamente para a formação de conselheiros críticos e reflexivos.

O grupo focal foi uma técnica pertinente, uma vez que, igualmente às estratégias de diálogo das oficinas, permitiu contextos de fala e protagonismo para os conselheiros participantes.

## **Referências**

1. Demo P. Participação é conquista: noções de política social participativa 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Cortez; 1993.
2. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 31 dez.

3. Fernandes VC, Spagnuolo RS, Bassetto JGBA. A Participação comunitária no Sistema Único de Saúde: Revisão Integrativa da Literatura. *Rev Bras Promoç Saúde* 2017; 30: 125-34.
4. Bispo-Júnior JP, Sampaio, JJC. Participação social em áreas rurais do Nordeste do Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2008; 23: 403-9.
5. Campos CMS, Silva BRB, Forlin DC, Trapé CA, Lopes IO. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 48: 119-25.
6. Erdmann AL, Backes DS, Klock P, Koerich MS, Rodrigues ACRL, Drago LC. Discutindo o significado de cidadania a partir dos direitos dos usuários da saúde. *Rev enferm UERJ* 2008; 16: 477-81.
7. Rezende RB, Moreira MB. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* 2017; 21:1409-20.
8. Saliba NA, Moimaz SAS, Ferreira NF, Custódio LBM. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *RAP* 2009; 43: 1369-78.
9. Filho MCF, Silva NA, Mathis A. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19: 1911-19.
10. Vale PRLF, Lima MM. Ser conselheiro local de saúde em Feira de Santana, Bahia. *Rev. baiana saúde pública* 2015; 39: 723-39.
11. Busana JA, Heideman ITSB, Wendhausen ALP. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. *Texto Contexto Enferm* 2015; 24: 442-49.
12. Busana JA, Heideman ITSB, Wendhausen ALP, Lazzari DD. Conferência local de saúde a partir do itinerário de pesquisa de Freire: relato de experiência. *Rev Enferm Atenção Saúde* 2016; 5: 93-104.
13. Erwin PC. Poverty in America: How Public Health Practice Can Make a Difference. *Am J Public Health* 2008; 98: 1570-2.
14. Kleba ME, Comerlatto D, Colliselle L. Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um polo de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2007; 16: 335-42.
15. Ribeiro FB, Nascimento MAA. Exercício de cidadania nos conselhos locais de saúde: a (re) significação do “ser sujeito”. *Rev. baiana saúde pública* 2011; 35: 151-66.
16. Souza TO, Silva JM, Nóbrega SS, Constâncio JF. Controle Social: um desafio para o Conselheiro de Saúde. *Rev Bras Enferm* 2012; 65: 215-21.

17. Holloway I, Wheeler S. *Qualitative research in nursing and healthcare*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
18. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
19. Secretária do Estado de São Paulo. *Diretoria Regional de Saúde 6 – DRS VI – Bauru. Mapa da Saúde do Pólo Cuesta* 2012.
20. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativa de população* 2016.
21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edição 70; 2011.
22. Dahl RA. *Poliarquia: Participação e Oposição*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2015.
23. Dahl RA. *Sobre a democracia*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 2001.
24. Guisso FH. *Democracia e educação: conselhos municipais como espaços de aprendizagem*. *Revista Debates* 2012; 6: 129-50.
25. Brasil. *Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde*. *Diário Oficial da União* 2012; 10 mai.
26. Shimizu EH, Moura LM. *As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada*. *Saúde Soc* 2015; 24: 1180-92.
27. Rolim LB, Cruz RSBL, Sampaio KJAJ. *Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa*. *Saúde debate* 2013; 37: 139-47.
28. Guimarães JS, Lima IMSO. *Educação para a Saúde: discutindo uma prática pedagógica integral com jovens em situação de risco*. *Saúde Soc* 2012; 21: 895-908.
29. Matos MC. *Análise da percepção dos conselheiros distritais de saúde a respeito dos processos de educação permanente para o controle social no SUS [dissertação]*. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2010.
30. Coutinho C, Lisbôa E. *Sociedade da informação, do conhecimento e da aprendizagem: desafios para educação no século XXI*. *Revista de Educação* 2011; XVIII: 5-22.
31. Pelizzari A, Kriegl ML, Baron MP, Fink NTL, Dorocinski SI. *Teoria da Aprendizagem Significativa segundo Ausubel*. *Rev. PEC* 2002; 2: 37-42.
32. Vasconcelos EM. *Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde*. *Physis* 2004; 14: 67-83.
33. Oliveira LC, Pinheiro RA. *A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política*. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15: 2455-64.

34. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
35. Moura RFS, Silva CRC. Afetividade e seus sentidos no trabalho do agente comunitário de saúde. *Physis* 2015; 25: 993-1010.
36. Kleba ME, Wendausen A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc* 2009; 18: 733-43.
37. Delors J. *Educação: um tesouro a descobrir* 2ª ed. São Paulo: Cortez Brasília, DF: MEC/UNESCO; 2003.
38. Brasil. Lei nº 12.438, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS e dá outras providências para que a prestação de contas dos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS ao Poder Legislativo estenda-se à esfera federal de governo. *Diário Oficial da União* 2011; 6 jul.
39. Correa MVC. *Que Controle Social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2000.
40. Ramos MF, Cezare JP, Vendramini PRJ, Coutinho SMV, Reis TS, Fernandes V. *Conselhos Setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão*. *Saúde Soc* 2012; 21: 61-70.

## 5.6 Avaliação do processo vivenciado por meio da dinâmica do que bom, que pena e que tal

Ao final das oficinas, foi realizada a avaliação com uma dinâmica chamada “Dinâmica do que bom, que pena e que tal” onde os conselheiros puderam expressar suas opiniões e sugestões para demais oficinas que venham acontecer no MGP (Quadro 5), MPP2 (Quadro 6) e MPP1 (Quadro 7).

Quadro 5 - Avaliação dos conselheiros das oficinas realizadas no MGP por meio da dinâmica do que bom, que pena e que tal.

QUE BOM	QUE PENA	QUE TAL?
- Houve aprendizado	- Poucas pessoas participaram	- Acontecer durante todo o mandato do conselho as oficinas
- Permitiu criar novas ideias sobre os assuntos	- Falta de comprometimento dos conselheiros em participar das oficinas	- Fazer o convite das oficinas 15 dias antes da data programada para os conselheiros planejarem
- Possibilitou a troca de informações	- Ser uma vez ao mês	- Que aconteça em outros municípios
- Houve interação	- Ter acabado	
- Promoveu convivência com outros conselheiros		
- Conhecer um pouco mais o outro		
- Conhecer mais sobre a função e atuação do conselheiro		

- Incentivou a ter uma participação mais efetiva		
--	--	--

Fonte: Elaborada pela pesquisadora

Quadro 6 - Avaliação dos conselheiros das oficinas realizadas no MPP2 por meio da dinâmica do que bom, que pena e que tal.

QUE BOM	QUE PENA	QUE TAL?
- Interação com outros conselheiros	- Que não vieram todos os conselheiros	- Mandar mensagem uma semana antes da realização das oficinas para todos os conselheiros
- Gerou conhecimento e aprendizado novo	- Que foi regulamentada a EC 29 com o artigo 15 vetado. Ou seja, menos contribuição da união para as ações de saúde	- Que a pesquisadora apresente os resultados do trabalho e das oficinas para os conselheiros participantes
- Conhecer os problemas que os outros conselheiros consideram importantes	- Que poucos representantes da categoria dos trabalhadores da saúde e usuários estiveram presentes nas oficinas para dividir as experiências	
- Aprender sobre as leis orçamentárias		
- Aprender sobre o funcionamento da arrecadação dos recursos financeiros		

- Entender melhor como funciona a Rede de Assistência à Saúde		
- Saber que os conselheiros têm o poder de fiscalizar, não somente opinar.		

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Quadro 7 - Avaliação dos conselheiros das oficinas realizadas no MPP1 por meio da dinâmica do que bom, que pena e que tal.

QUE BOM	QUE PENA	QUE TAL?
- Que vivenciamos a limitação do gestor quanto aos poucos recursos que estão disponíveis para a saúde.	- Que não é possível atender toda a demanda da saúde	- Ter mais tempo de oficinas.
- Que conhecemos a dificuldade do gestor em trabalhar com o orçamento público e o financiamento sem um treinamento específico	- Que não tem um funcionário específico ou capacitações para auxiliar o gestor nas questões relativas ao orçamento e financiamento.	- Que mais conselheiros participem.
- Que aprendemos coisas que antes não sabíamos.	- Que as oficinas foram rápidas.	- Tentar começar mais cedo.
- Que teve exercício prático assim ficou mais fácil o entendimento.	- Que poucas pessoas participaram das oficinas.	- Trazer material impresso.
- Que aprendemos sobre	- Que o presidente do	- Ver com o presidente do

como um CMS deve funcionar	conselho não pode participar das oficinas.	conselho o dia e horário que ele possa participar.
- Que as oficinas não foram cansativas.		- Pensarmos em novas estratégias para as pessoas participarem do conselho e das oficinas de sensibilização.

Fonte: Elaborado pela pesquisadora



## *6. Considerações Finais*

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa-ação é uma forma de investigação-ação extremamente relevante em diferentes contextos, inclusive no fortalecimento das práticas de conselheiros de saúde, por estar centrada na participação coletiva com vistas a transformação. Assim, por meio de diferentes estratégias, sendo elas, oficinas educativas, mapas conceituais e grupos focais, realizadas nos conselhos de saúde estudados, ocorreu o engajamento dos conselheiros com uma reflexão crítica sobre a sua participação nas discussões de saúde que facilitou a construção de novos caminhos no sentido de melhorar a diretriz da participação da comunidade.

Pode-se observar que as oficinas educativas e grupos focais foram capazes de sensibilizar e desenvolver um espírito crítico reflexivo nos conselheiros, promovendo um processo contínuo e dinâmico de construção e reconstrução de saberes, com empoderamento teórico e prático acerca das questões que envolvem a função de conselheiro, permitindo o desenvolvimento de competências para atuação autônoma nas tomadas de decisões.

Nota-se que as informações discutidas, durante as oficinas educativas e grupos focais, se transformaram em conhecimento, e, assim melhoraram o sentimento de pertença ao conselho e à comunidade, tendo por desdobramento, como implicação maior, o fortalecimento da participação comunitária como diretriz do SUS com conselheiros conscientes da responsabilidade da sua atuação no cenário político e social.

Percebe-se, dessa forma, que as estratégias utilizadas contribuíram não só no que diz respeito à aprendizagem dos conselheiros, que buscaram conhecimentos próprios para exercer com maior efetividade suas funções, mas também propiciaram um espaço de escuta, cumplicidade, afeto e mudanças.

Espera-se que gestores, universidades e conselheiros reconheçam a importância de investir em informação para os participantes que estão agindo diretamente na construção e futuro do SUS, permitindo a aprendizagem e a troca de saberes criativa e eficaz, que assegure a transformação da realidade das pessoas envolvidas.

Por fim, destaca-se como de grande importância a imersão da pesquisadora no universo estudado, com a necessidade do aprimoramento contínuo do conhecimento científico e domínio dos temas propostos para que a pesquisa-ação obtivesse êxito.

Ainda, almeja-se com a realização do presente trabalho que novos conselheiros sejam sensibilizados e que se desenvolvam um espírito crítico reflexivo nos diversos

conselhos de saúde do Brasil, promovendo maior compreensão e assimilação acerca dos temas que envolvem o campo da saúde.



## *Referências*

## REFERÊNCIAS

AUSUBEL, D. P. *Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva*. Tradução de Lígia Teopisto. Lisboa: Plátano, 2003.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edição 70, 2011.

BRASIL. Constituição Federal (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. 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 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 dez. 1990b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 14 fev. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 21 ago. 2007.

CABRAL, M. V. O exercício da cidadania política em perspectiva histórica (Portugal e Brasil). *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 18, n. 51, p. 31-60, 2003.

CAMPOS, C. M. S. et al. Práticas emancipatórias de enfermeiros na Atenção Básica à Saúde: a visita domiciliar como instrumento de reconhecimento de necessidades de saúde. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. (esp), p. 119-125, 2014.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, n. 3, p. 285-293, 1996.

CARVALHO, G. C. M. *Participação da Comunidade na saúde*. Passo Fundo: Ifibe; Ceap, 2007 (p.21-57).

- CAVALCANTI, M. L. T.; CABRAL, M. H. P.; ANTUNES, L. R. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1813-1823, 2012.
- COHN, A. Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 13, n. 2, p.2021-2023, 2008.
- COTTA, R. M. M. et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos conselhos de saúde. *Physis*, v. 21, n. 3, p. 1121-1138, 2011.
- CUNHA, M. L.; VILARINH, L. R. G. Concepção emancipatória: uma orientação na formação continuada a distância de professores. *Revista Diálogo Educacional*, v. 9, n. 26, p. 133-148, 2009.
- DAHL, R.A. *Poliarquia: Participação e Oposição*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2015.
- ERDMANN, A. L. et al. Discutindo o significado de cidadania a partir dos direitos dos usuários da Saúde. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 16, n. 4, p. 477-481, 2008.
- FERNANDES, V. C.; SPAGNUOLO, R. S.; NASCIMENTO, E. N. Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações e inclusão digital. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 1, p. 218-228, 2017.
- FERREIRA, P. B.; COHRS, C. R.; DOMENICO, E. B. L. Software CMAP TOOLS® para a construção de mapas conceituais: a avaliação dos estudantes de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, v. 46, n. 4, p. 967-972, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/26.pdf>. Acesso em 17 de julho de 2017.
- FRANCO, M. A. S. Pedagogia da Pesquisa-ação. *Educação e Pesquisa*, v. 31, n. 3, p. 483-502, 2005.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GUALDA, D. M. R.; MERIGHI, M. A. B; OLIVEIRA, S. M. J. V. Abordagens qualitativas: sua contribuição para enfermagem. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 29, n. 3, p. 297-307, 1995.
- HOLLOWAY, I.; WHEELER, S. *Qualitative research in nursing and healthcare*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> . Acesso em: 18 jan. 2019.
- LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 913-922, 2016.
- MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.
- MOREIRA, M. A; MASINI, E. F. S. *Aprendizagem significativa: a teoria de aprendizagem de David Ausubel*. 2 ed. São Paulo: Centauro Editora, 2006.
- MOREIRA, M. A. *Teorias de aprendizagem*. 2 ed. São Paulo: EPU, 2011.
- MORIM, A. *Pesquisa-ação integral e sistêmica: uma antropopedagogia renovada*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
- MORITA, I. *Conselho e conselheiros municipais de saúde: que trama é esta?* [tese]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.
- MORITA, I; GUIMARÃES, J. F. C; MUZIO, B. P. D. A Participação de Conselheiros de Saúde: solução que se transformou em problema? *Saúde e Sociedade*, v. 15, n. 1, p. 49-57, 2006.
- NOVAK, J. D.; CAÑAS, A. J. A Teoria subjacente aos mapas conceituais e como elaborá-los e usá-los. *Práxis Educativas*, v.5, n.6, p. 9-29, 2010.
- OLIVEIRA, T. M. V. Amostragem não probabilística: adequação de situações para uso e limitações de amostras por conveniência, julgamento e cotas. *Revista Administração On Line*, v. 2, n. 3, p. 1-15, 2001.
- PAIM, J. S. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 2, n.2, p. 167-183, 1986.
- PEREIRA, I. B. et al. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2ª ed. Ver. Ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- PESTANA, C. L. S.; VARGAS, L. A. CUNHA, F. T.S. Contradições surgidas no Conselho Gestor da Unidade Básica de Saúde da Família de Vargem Grande, Município de Teresópolis – RJ. *Physis*, v. 17, n. 3, p. 485-499, 2007.
- POPE, C.; MAYS, N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R. M. B. Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa e enfermagem. *International Journal of Qualitative Methods*, v. 1, n. 2, p. 1-29, 2004.
- SÃO PAULO. Botucatu. Lei Complementar n. 024, de 07 de novembro de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde e define as suas atribuições. *Prefeitura Municipal de Botucatu*, Botucatu, 07 nov. 1991a.
- SÃO PAULO. São Manuel. Lei n. 1.757, de 24 de julho de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde e define suas atribuições. *Prefeitura Municipal de São Manuel*, São Manuel, 24 julh. 1991b.
- SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu. Plano Municipal de Saúde – Gestão 2014 a 2017. *Prefeitura Municipal de Botucatu*, 2014.

SÃO PAULO. Porangaba. Decreto n. 13, de 16 de fevereiro de 2017. Dispões sobre a composição e nomeação de membros do Conselho Municipal de Saúde – CMS e dá outras providências correlatas. *Prefeitura Municipal de Porangaba*, 2017.

SÃO PAULO – Diretoria Regional de Saúde 6 – DRSIV – Bauru. Mapa da Saúde do Pólo Cuesta. Bauru, 2012.

SERAPIONI, M.; ANTUNES, P.; FERREIRA, P. L. Participação em saúde: Conceitos e Conteúdos. *Imprensa da Universidade de Coimbra*, p. 26-40, 2014.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. *Physis*, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010.

SOUZA, N. A.; BORUCHOVITCH, E. Mapas conceituais: estratégia de ensino/aprendizagem e ferramenta avaliativa. *Educação em Revista*, v. 26, n. 3, p. 195-218, 2010.

TEIXEIRA, M. L. et al. Participação em saúde: do que estamos falando? *Sociologias*, v. 21, p. 218-251, 2009.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

VÍCTORA, C.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. *A pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.



# *Apêndices*

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

#### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Projeto de pesquisa: “CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS EMANCIPATÓRIAS: PESQUISA-AÇÃO COMO CAMINHO DE MOBILIZAÇÃO À PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA”.

Objetivo da pesquisa: Aprender a percepção dos conselheiros de saúde em relação ao seu processo participativo nas políticas públicas em saúde por meio de ações educativas realizadas em oficinas educativas como estratégia de fortalecimento à participação comunitária.

Convido o Sr/a para participar das oficinas educativas para a implantação de qualificações de conselheiros municipais de saúde por meio da pesquisa-ação. As oficinas serão áudio-gravadas, fotografadas e filmadas por meio digital e posteriormente, serão transcritas e utilizadas para a elaboração da tese.

As fotografias serão utilizadas com o consentimento dos participantes.

Esta pesquisa faz parte do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNESP) – área Saúde Coletiva, apresentada pela pesquisadora para obtenção do título de Doutora.

Suas informações serão utilizadas exclusivamente pela pesquisadora que estará disponível para responder quaisquer perguntas e você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, certo que não terá nenhum tipo de prejuízo.

Eu, \_\_\_\_\_,

tendo sido satisfatoriamente informado sobre a pesquisa sob responsabilidade da orientadora Prof. Regina Stella Spagnuolo, do departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB/UNEP) e da pesquisadora Violeta Campolina Fernandes, declaro que concordo participar da mesma.

Esclarecimentos adicionais poderão ser obtidos com a orientadora e/ou pesquisadora através dos telefones e e-mails listados abaixo. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através dos telefones: (14) 3880-1608 ou 3880-1609.

Este termo será feito em duas vias em que, uma ficará com a pesquisadora e a outra com o/a participante.

Botucatu, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201

---

Assinatura do participante

---

Violeta Campolina Fernandes

vicampolina@gmail.com

(14) 99671-4675

---

Regina Stella Spagnuolo

rstella@fmb.unesp.br

(14) 98116-7876

**APÊNDICE B - DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS DOS CONSELHEIROS  
PARTICIPANTES**

Nome: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade(anos) \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_

Função no conselho: ( ) Titular ( ) Suplente

Categoria que representa: ( ) Governo Municipal ( ) Prestador de serviço  
( ) Profissionais da saúde ( ) Usuários

Tempo de atuação no Conselho Municipal de Saúde (CMS): \_\_\_\_\_

Participou do conselho em gestão anteriores: ( ) Sim ( ) Não

**APÊNDICE C - DEFINIÇÃO DOS TEMAS PARA AS OFICINAS EDUCATIVAS**

**Nome:**

**Escolher três temas que o Sr/a gostaria de receber capacitação:**

- Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)
- Participação e Controle Social
- Principais funções do conselheiro
- Organização e funcionamento do sistema de saúde
- Os conselheiros de saúde e suas realidades
- Planejamento em saúde: orçamento e financiamento
- O controle das políticas públicas e ações do SUS: mecanismos de acompanhamento, avaliação e fiscalização
- Outro

---

---

---

**MODO DE FUNCIONAMENTO DAS OFICINAS**

**Duração:** 2 horas

**Frequência:**

- Três encontros mensais para realização das oficinas
- Um encontro para realização do mapa conceitual
- Total: 4 encontros

**Dia e Horário:**

- A decidir

**Qual a sua preferência?**

---

---

---

**APÊNDICE D – MATERIAL UTILIZADO NA OFICINA DE QUALIFICAÇÃO**  
**ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA –**  
**Adaptado de Brasil (2012).**

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

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

Sr. José começou a contar suas queixas. O doutor nem mediu a pressão de Sr. José, foi logo receitando uns remédios e preenchendo um encaminhamento para marcação de consulta no posto de saúde próximo da sua casa.

No dia seguinte, Sr. José foi, na madrugada, para o posto, que abriu às 7 horas com uma grande fila. Após esperar por mais de 2 horas, foi chamado pela auxiliar de enfermagem para entrar no consultório médico. Ele relatou suas queixas ao médico. Este, então, examinou, palpou, auscultou os pulmões e o coração, mediu a pressão, anotou algumas coisas na ficha de atendimento, dirigiu-se a Sr. José e disse que não parecia haver nada de anormal, mas que estava passando umas vitaminas e um remédio para ele tomar, quando tivesse dor de cabeça. O doutor não perguntou nada a Sr. José.

Passados uns 15 dias sem qualquer melhora e cada vez mais fraco, com tremores e dor de cabeça que já não passava com o remédio receitado, ele resolveu procurar a equipe de saúde de um outro posto onde ele ficara sabendo que era desenvolvido um trabalho na área de saúde do trabalhador. Sr. José, lá chegando, foi bem recebido pela equipe e relatou suas queixas ao médico, que logo lhe perguntou: “O senhor trabalha em quê e o que faz?”.

Sr. José disse que trabalhava nas plantações de tomate na fazenda do Senhor Nazareno, aplicando agrotóxico para matar as pragas que atacam os tomateiros. Não usava qualquer tipo de equipamento de proteção e costumava levar para casa os garrafões de plástico que contêm os produtos tóxicos para levar água ao trabalho ou guardar outras coisas.

O médico disse acreditar que a doença dele era provocada pelo agrotóxico, mas a única forma de ter certeza era ele ser encaminhado para o hospital universitário, pois lá tinha condições adequadas para oferecer o tratamento. Sr. José foi então encaminhado para o hospital da universidade onde iniciou o tratamento adequado.

**APÊNDICE E – MATERIAL UTILIZADO NA OFICINA DE QUALIFICAÇÃO  
ESTUDO DIRIGIDO: PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL – Adaptado de  
Brasil (2012).**

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

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

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

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

O conselho de saúde, deve ter representação paritária do governo, dos prestadores de serviço (25%), de profissionais de saúde (25%) e dos usuários (50%). Ser representante implica assumir o compromisso com aqueles que o indicaram, respeitar as posições de seus representados e defendê-los no conselho. Implica também ter que informar e prestar contas de suas ações aos seus representados.



*Anexos*

## ANEXOS

### **ANEXO A – SITUAÇÃO VIVENCIAL UTILIZADA NA OFICINA DE QUALIFICAÇÃO: PROCESSO ORÇAMENTÁRIO**

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

O prefeito, por sua vez, encaminhou a proposta orçamentária à Câmara dos vereadores. Sabe-se que, uma vez examinada pelo Poder Legislativo, a proposta orçamentária pode ser alterada por meio de emendas. Foi o que aconteceu no caso, quando a maioria dos vereadores, procurando atender aos seus interesses eleitorais, resolveu incluir a compra de duas ambulâncias e de caixões fúnebres, obrigando a secretária de saúde a revisar o orçamento, suprimindo os recursos destinados à aquisição de novos equipamentos para o centro cirúrgico do hospital municipal.

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

### **ORÇAMENTO DO PLANO DE SAÚDE DE NOVO MILÊNIO**

<b>PRIORIDADE</b>	<b>METAS</b>	<b>OPERAÇÕES</b>	<b>VALOR (R\$)</b>
<b>Redução da mortalidade infantil e materna</b>	Reduzir a taxa de mortalidade infantil de 71/1000 para 51/1000 nascidos vivos	Construção de UTI neonatal e/ou berçário de risco	500.000
	Reduzir o coeficiente de mortalidade materna de 70/100.000 para 50/100.000 nascidos vivos	Contratação de 5 equipes de ESF	700.000
	Aumentar em 100% as consultas de pré-natal por parturientes no SUS	Aumento de 10 leitos obstétricos	400.000
<b>Redução da mortalidade infantil e materna</b>	Reduzir para zero o número de crianças de até 1 ano com desnutrição	Incentivo ao aleitamento materno, distribuição de cestas básicas as famílias com risco social	40.000
	Ampliar para 100% o número de domicílios com acesso a água	Investimento em saneamento básico	1.000.000*

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

\*Recurso oriundo da fonte Tesouro Municipal

**ANEXO B – MATERIAL UTILIZADO NA OFICINA DE QUALIFICAÇÃO  
PARECER DA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE DE UM CONSELHO  
MUNICIPAL DE SAÚDE FICTÍCIO**

**ASSUNTO:** Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

**HISTÓRICO:** Em 15 de janeiro próximo passado, a mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde recebeu o Relatório de Gestão referente ao ano de 2016. A Comissão o recebeu no dia 17 de janeiro com a solicitação de dar um parecer para subsidiar o plenário do Conselho Municipal de Saúde. O relatório recebido compõe-se das seguintes partes:

**1. Caracterização da população**

- 1.1 População segundo dependência do SUS
- 1.2 Distribuição da população segundo áreas de risco
- 1.3 Visão da população sobre o SUS

**2. Unidades Assistenciais**

- 2.1 Distribuição da rede assistencial
- 2.2 Procedência das pessoas atendidas

**3. A produção de ações assistenciais em relação às necessidades de cobertura**

- 3.1 Ações assistenciais ambulatoriais
- 3.2 Consultas por tipo e necessidade da população dependente do SUS
- 3.3 Consultas segundo o tipo de prestador
- 3.4 Produção/necessidade de consultas para a população total
- 3.5 Distribuição das consultas em clínicas básicas
- 3.6 Produtividade

**4. Financiamento**

- 4.1 Área ambulatorial
- 4.2 Área hospitalar

**5. Perfil de morbimortalidade da população segundo a demanda assistencial**

- 5.1 Geral (Unidades básicas/ Unidades especializadas/ Unidades de urgência)
- 5.2 Perfil de morbidade hospitalar
- 5.3 Evolução do quadro de mortalidade

#### 5.4 Perfil de morbimortalidade de crianças

#### 5.5 Perfil de morbimortalidade de adultos

### **MÉRITO:**

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

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

A parte do relatório que fala sobre o financiamento somente apresenta os recursos gastos com a produção de serviços ambulatoriais e hospitalares e não informa o gasto com outras ações. Isto faz com que não haja uma resposta à denúncia feita no ano anterior pelo conselho, de que o secretário gastou o dinheiro do Programa Aids com um jornal que só fazia propaganda da pessoas do secretário.

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

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

### **JUSTIFICATIVA DE VOTO DO CHEFE DO DEPARTAMENTO DO PLANEJAMENTO**

O Relatório de Gestão tem falhas e de fato não aborda as ações preventivas e de promoção e não avalia o cumprimento do quadro de metas. Entretanto, cada ano o Ministério da Saúde inventa outras peças burocráticas: quadro de metas, agenda, etc. Ele tem só um funcionário na sua repartição e por isso não teve condições de fazer um relatório de gestão diferente dos

relatórios dos anos anteriores. Além disso, as ações assistenciais são as mais importantes e gastam a maior parte dos recursos.

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

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

### **JUSTIFICATIVA DO REPRESENTANTE DO USUÁRIO**

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

## ANEXO C - APROVAÇÃO E PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Construção de práticas emancipatórias: pesquisa-ação como caminho de mobilização à participação comunitária

**Pesquisador:** Violeta Campolina Fernandes

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 56021716.1.0000.5411

**Instituição Proponente:** Departamento de Saúde Pública

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.578.025

#### Apresentação do Projeto:

A participação da comunidade é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo entendida como um instrumento para fomentar o capital social, fortalecer a democracia e ampliar a cidadania. O presente estudo insere-se no contexto da participação comunitária de conselheiros de saúde e no fortalecimento de suas práticas tendo por objetivo descrever a compreensão dos conselheiros de saúde na importância de construir práticas emancipatórias por meio de ações educativas realizadas em oficinas de sensibilização como estratégia de fortalecimento à participação comunitária. Trata-se de pesquisa-ação, de abordagem qualitativa, que versa sobre a capacitação de conselheiros municipais de saúde e as características de sua realização nos conselhos de saúde localizados em três municípios da região de saúde do Pólo Cuesta, SP, entre os anos de 2016 e 2019. Serão realizadas análises documentais dos municípios e dos seus conselhos e posteriormente oficinas de sensibilização. Após seis meses da realização das oficinas serão realizados grupos focais em cada conselho com o intuito de avaliar o efeito das atividades trabalhadas com os conselheiros. A discussão será alicerçada pelos referenciais teóricos da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde e a pedagogia libertadora de Paulo Freire.

Metodologia Proposta:

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**CEP:** 18.618-970

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1608

**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.578.025

Trata-se de pesquisa-ação, de abordagem qualitativa, que versa sobre a capacitação de conselheiros municipais de saúde (N=52) e as características de sua realização nos conselhos de saúde localizados em três municípios da região de saúde do Pólo Cuesta, SP (Botucatu (N= 32), São Manuel (N= 12) e Porangaba (N= 8)), entre os anos de 2016 e 2019. Serão realizadas análises documentais dos municípios e dos conselhos pertencentes à região de saúde do Pólo Cuesta e posteriormente oficinas de sensibilização (em que acontecerá a construção de escolha dos temas prioritários). Após seis meses da realização das oficinas serão realizados grupos focais em cada conselho com o intuito de avaliar o efeito das atividades trabalhadas com os conselheiros. A pesquisadora recorrerá a fontes secundárias, como as atas de reuniões dos conselhos, Planos Municipais de Saúde, Relatórios de Gestão dos municípios, SIACS (Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde) e as demais fontes que se fizerem necessárias para complementar as informações do perfil do município e do conselho.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Descrever a compreensão dos conselheiros de saúde na importância de construir práticas emancipatórias por meio de ações educativas realizadas em oficinas de sensibilização como estratégia de fortalecimento à participação comunitária.

Objetivo Secundário:

- Refletir sobre os caminhos percorridos na construção do ensino-aprendizagem dos conselheiros a partir da realidade vivida; Acompanhar o avanço da aprendizagem dos conselheiros com relação aos temas propostos nas oficinas e rodas de conversas; Descrever as potencialidades e limites do processo de capacitação de conselheiros e seu desempenho efetivo no controle social

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O estudo oferece algum risco de constrangimento aos participantes durante a aplicação das oficinas, uma vez que serão investigados fatores relativos ao seu processo de vida e trabalho, mas que serão minimizados e/ou eliminados pela garantia do anonimato e viabilização de um clima e ambiente amistoso durante a pesquisa.

Benefícios:

No que diz respeito aos benefícios aos participantes, os achados da pesquisa poderão ser usados para subsidiar o planejamento de ações para melhoria do controle social.

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

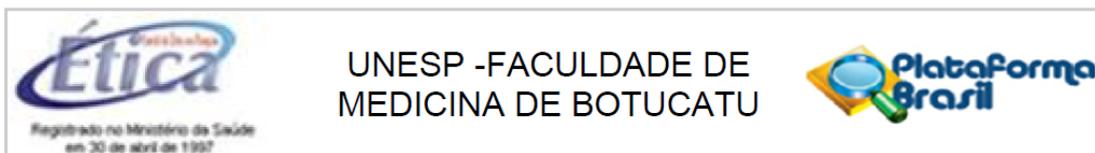
**CEP:** 18.618-970

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1608

**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.578.025

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de doutorado, na qual a autora se propõe estudar participação dos conselheiros de saúde nos órgãos colegiados, avaliar o conhecimento, questionamento e argumentação destes nos debates de saúde. Acredita-se que seja necessário um aprofundamento desse problema, pois, a participação é um movimento coletivo capaz de solucionar os obstáculos políticos e da comunidade.

Sendo assim, este estudo procura implantar, acompanhar e analisar as oficinas de sensibilização dos conselheiros, baseados na Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS e na pedagogia libertadora de Freire para possibilitar uma melhoria do controle social por meio da construção de práticas emancipatórias. Pretende-se, desta forma, compreender o processo de realização das capacitações de conselheiros municipais de saúde a fim de subsidiar mudanças na atuação dos mesmos com vistas à melhoria da autonomia e a prática efetiva da participação comunitária.

A pesquisadora utilizará recursos próprios, apresentando um orçamento de R\$ 11.500,00 (sendo R\$ 11.000,00 com transporte e R\$ 1.100,00 com materiais para oficinas).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresenta toda documentação exigida.

O TCLE é apresentado em forma de convite, linguagem clara e objetiva.

**Recomendações:**

Não se aplica

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto adequado e atende toda regulamentação, podendo ser aprovado sem necessidade de envio à CONEP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 06 de Junho de 2.016, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n  
**Bairro:** Rubião Junior **CEP:** 18.618-970  
**UF:** SP **Município:** BOTUCATU  
**Telefone:** (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



UNESP -FACULDADE DE  
MEDICINA DE BOTUCATU



Continuação do Parecer: 1.578.025

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_693481.pdf	11/05/2016 11:06:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_doutorado.docx	11/05/2016 11:05:14	Violeta Campolina Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido.docx	11/05/2016 11:04:28	Violeta Campolina Fernandes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_sao_manuel.pdf	10/05/2016 15:08:58	Violeta Campolina Fernandes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_porangaba.pdf	10/05/2016 15:08:43	Violeta Campolina Fernandes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_botucatu.pdf	10/05/2016 15:08:29	Violeta Campolina Fernandes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_anuencia_institucional.pdf	10/05/2016 15:08:16	Violeta Campolina Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	10/05/2016 11:40:50	Violeta Campolina Fernandes	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BOTUCATU, 07 de Junho de 2016

Assinado por:  
**SILVANA ANDREA MOLINA LIMA**  
(Coordenador)

**Endereço:** Chácara Butignolli, s/n

**Bairro:** Rubião Junior

**CEP:** 18.618-970

**UF:** SP

**Município:** BOTUCATU

**Telefone:** (14)3880-1608

**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br

