

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Maria de Fátima Brito de Rezende

FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE:
a percepção dos conselheiros sobre a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Volta
Redonda, no período de 2005 à 2012.

Rio de Janeiro
2013

Maria de Fátima Brito de Rezende

FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE:

a percepção dos conselheiros sobre a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, no período de 2005 à 2012.

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, do Programa de Pós Graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Francini Lube Guizardi.

Rio de Janeiro

2013

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

R467f Rezende, Maria de Fátima Brito de
Formação de conselheiros de saúde: a percepção dos conselheiros sobre a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, no período de 2005 à 2012 / Maria de Fátima Brito de Rezende. - Rio de Janeiro, 2013.
141 f.

Orientador: Francini Lube Guizardi

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

1. Aconselhamento. 2. Conselhos de Planejamento em Saúde. 3. Controle Social. 4. Formação de Conselheiros. I. Guizardi, Francini Lube. II Título.

CDD 362.104256

Maria de Fátima Brito de Rezende

FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE:

a percepção dos conselheiros sobre a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, no período de 2005 à 2012.

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 20/12/2013

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dr. Eduardo Navarro Stotz (FIOCRUZ / ENSP)

Profa. Dra. Mônica Vieira (FIOCRUZ / EPSJV)

Profa. Dra. Alda Lacerda FIOCRUZ / EPSJV)

Profa. Dra. Ialê Falleiros Braga (FIOCRUZ / EPSJV)

*Dedico este trabalho
ao Paulo (in memoria), companheiro
de todas as horas que compartilhou comigo
42 anos de convivência, com amor,
Carinho e dedicação.
Por ter concluído sua missão
neste plano não presenciou
este momento, deixando a
saudade como minha
companheira.*

AGRADECIMENTOS

A vida passa e muitas vezes nos esquecemos de reservar um tempinho para as declarações de afeto, de carinho e de agradecimento.

Agradecer é o momento em que transformamos o sentimento de gratidão em palavras escritas ou faladas sobre tudo que a correria do dia a dia não permitiu que fizéssemos.

É hora de agradecer. Primeiramente agradeço a Deus, nosso pai misericordioso, arquiteto do universo que cuida de todos nós, sem nada pedir em troca.

Agradeço também a Juliana, minha filha querida que tanto me apoiou nos momentos difíceis.

A minha família de sangue (irmãs, irmãos, sobrinhos, primas e primos e demais familiares) que compreenderam minhas ausências nos almoços de domingo e festinhas de aniversário quando estava escrevendo a dissertação.

As amigas e amigos do Hospital Federal de Ipanema, a Dênia que leu e releu meus textos ajudando com as correções. A Dr^a Selene, diretora do hospital cuja compreensão garantiu que esse estudo se concluísse.

Agradeço também aos membros do Conselho de Saúde de Volta Redonda, sem os quais este estudo não teria razão de existir, aos funcionários do conselho pelo atendimento às minhas solicitações e pela curta convivência que tivemos durante a pesquisa.

À Secretária de Saúde Dr^a Suely Pinto, minha amiga irmã e companheira de todas as horas, agradeço pela importante contribuição e apoio.

Aos colegas de turma da Escola Politécnica agradeço o convívio, as risadas, os cafés, as trocas de ideias e o apoio.

A Francini, minha orientadora, meu agradecimento especial pelo carinho, cuidado, paciência, compreensão e delicadeza. Obrigado pela riqueza das suas contribuições teóricas.

À banca de qualificação, Prof. Eduardo Stotz e Prof^a Neize, agradeço as ricas contribuições que me deram naquele momento e que foram fundamentais para chegarmos ao resultado que temos hoje.

Para finalizar agradeço, também, à direção da Escola Politécnica, a todos os funcionários e professores que viabilizaram a realização deste curso.

Finalmente, obrigado a todos os amigos que ficaram na torcida.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dois passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

(Eduardo Galeano)

RESUMO

Este estudo buscou entender e discutir a formação de conselheiros de saúde, com foco no Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, situado na região do Médio Paraíba, Estado do Rio de Janeiro. Seu objetivo foi analisar as iniciativas de formação de conselheiros desenvolvidas no período de 2005 a 2012, no Conselho Municipal de Saúde, com a perspectiva de identificar quais são os principais desafios em relação à formação de conselheiros. A pesquisa norteou-se pelas seguintes indagações: Quem organiza as atividades de formação de conselheiros? Quem demanda? Qual o lugar dos conselheiros de saúde nestes processos formativos? Quem define os temas a serem trabalhados nas atividades de formação? De quais concepções de formação estamos falando? Para desenvolvimento do estudo foram levantadas as iniciativas de formação de conselheiros realizadas e ou apoiadas pelo CMS de Volta Redonda no período delimitado, e feito o mapeamento dos conselheiros que participaram das atividades de formação/capacitação. A metodologia envolveu aplicação de questionários e pesquisa documental, com a finalidade de conhecer a avaliação e os principais desafios identificados pelos conselheiros em relação às atividades de formação realizadas. Buscou-se também conhecer o grau de conhecimento dos mesmos sobre a política de formação de conselheiros de saúde disponibilizada pelo Conselho Nacional de Saúde. A nossa discussão aponta para a necessidade de revisão da política de formação de conselheiros na perspectiva de repensá-la. Com base no pensamento de Paulo Freire e Vicent Valla, discutimos a importância de inserir os conselheiros na organização, definição dos conteúdos e metodologias, assim como na proposição das atividades de formação, uma vez que são sujeitos ativos que podem a partir da sua experiência e vivência trazer ricas contribuições para a superação das dificuldades encontradas.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Participação. Controle Social. Formação de Conselheiros.

ABSTRACT

This study sought to understand and discuss the formation of health advisors, focusing on Municipal Health Council of Volta Redonda , located in the Middle Paraíba , State of Rio de Janeiro region. Their goal was to analyze the training initiatives of directors developed during 2005 to 2012; the Municipal Board of Health, with the prospect to identify what are the main challenges in relation to the training of counselors. The research was guided by the following questions: Who organizes training activities of counselors ? About Demand? What is the place of health advisors in these formative processes ? Who defines the issues to be worked on in training activities ? Which conceptions of training are we talking? To study the development of training initiatives were raised and directors conducted or supported by CMS Volta Redonda in delimited period and made the mapping of the directors who participated in the training / capacity building activities. The methodology involved questionnaires and documentary research , with a view to ascertaining and assessing the key challenges identified by the directors in relation to training activities . We attempted to also know the degree of knowledge of each other on policy formation health counselors provided by the National Health Council Our discussion points to the need for review of education policy advisers with a view to rethink it. Based on the thought of Paulo Freire and Vincent Valla , discussed the importance of including the counselors in the organization , defining the contents and methodologies , as well as the proposition of training activities , since they are active subjects who can from their experience and experience bring rich contributions to overcome the difficulties .

Keywords: Health Advice. Participation. Social Control. Training of Counselors.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ANEPS	Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde
CES/RJ	Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
CF	Constituição Federal
CICIS	Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CIR	Colegiado Intergestores Regional
CNEPS	Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CSN	Companhia Siderúrgica Nacional -
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
EAD	Educação a distância
EP	Educação Permanente
EP&S	Educação Popular em Saúde

ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
ISEB	Instituto Superior de Estudos Brasileiros
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAIS	Programa das Ações Integradas de Saúde
PNEP-SUS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PRODEP	Projeto Democracia Participativa
PID	Programa de Inclusão Digital
QUALI CONSELHOS	Curso Nacional de Qualificação de Conselhos de Saúde
SGEP/MS	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPA	Serviços de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIFOA	Centro Universitário de Volta Redonda
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

QUADROS

Quadro 01	87
Quadro 02	89
Quadro 03	92
Quadro 04	95
Quadro 05	117
Quadro 06	118

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: SEUS SENTIDOS E SUA TRADUÇÃO EM PRÁTICAS E DISPOSITIVOS INSTITUCIONAIS NO SUS.	20
2.1 CONSELHOS DE SAÚDE, A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL.	22
3. CORRENTES PEDAGÓGICAS E CONCEPÇÕES DE FORMAÇÃO NO BRASIL.	29
3.1 EDUCAÇÃO POPULAR NO BRASIL: CONCEITOS, HISTÓRICO, DIFICULDADES E DESAFIOS.	44
4. TRAJETÓRIA DAS INICIATIVAS E POLÍTICAS DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE NO BRASIL.	56
4.1 POLÍTICAS DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE NO BRASIL: PRINCIPAIS MARCOS E INICIATIVAS.	60
4.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONCEITO E PROPOSTAS.	64
4.3. CENÁRIO E QUESTÕES ATUAIS SOBRE A FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE.	68
5- METODOLOGIA	73
5.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA	73
5.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	77
5.2.1 - FASE EXPLORATÓRIA	77
5.2.2 - TRABALHO DE CAMPO	81
5.2.3 - ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	84
6 - RESULTADOS	85
6.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA: PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE.	85
6.2 - ÁREA DE ATUAÇÃO.	90
6.2 - REPRESENTAÇÃO E ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS NO CONSELHO DE SAÚDE.	95
6.3 - SOBRE OS CRITÉRIOS DE ESCOLHA PARA PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO DE SAÚDE.	97

6.4 - AS ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE E DOS CONSELHEIROS.	98
6.5-DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA EXERCER AS ATRIBUIÇÕES DE CONSELHEIRO.	100
6.6 A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS DE VOLTA REDONDA EM ATIVIDADES DE FORMAÇÃO.	103
6.7. DIVULGAÇÃO DAS ATIVIDADES DE FORMAÇÃO E CRITÉRIOS DE ESCOLHA PARA PARTICIPAÇÃO.	113
6.8 CONHECIMENTO DOS CONSELHEIROS EM RELAÇÃO À POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS.	115
6.9. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE FORMAÇÃO.	118
6.10 TEMAS SUGERIDOS E DESAFIOS ENCONTRADOS EM RELAÇÃO A FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS.	121
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS	128

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho apresenta a experiência sobre a formação de conselheiros de saúde, tendo como foco o Conselho Municipal de Saúde do município de Volta Redonda, Estado do Rio de Janeiro.

Seu objetivo é buscar entender e discutir a formação de conselheiros de saúde, partindo da análise das iniciativas de formação de conselheiros desenvolvidas neste conselho, com a perspectiva de identificar quais os principais desafios em relação à formação de conselheiros.

A escolha do tema “formação de conselheiros” como objeto deste estudo surge a partir da experiência da autora, que por ser pedagoga e ter convivido profissionalmente por muito tempo com a área da educação trazia vivências e conceitos que acabaram por contribuir na construção do seu pensamento crítico em relação ao que na saúde denominamos ‘formação’.

A carreira profissional na área de saúde teve início em setembro de 1993 e por mais ou menos dez anos, de 1994 a 2004, participei do conselho de saúde de Volta Redonda, como conselheira suplente, representando o segmento dos gestores pelo Hospital São João Batista.

Em 2006 e 2007 fui conselheira também em Nova Iguaçu/RJ, representando o mesmo segmento e, para minha surpresa, pude verificar que se repetiram os mesmos incômodos vividos na primeira experiência como conselheira, principalmente em relação a equívocos aparentes nos modos de exercer a representação, participação, democracia. Chamava-me atenção, em particular, questões como o favoritismo/clientelismo, a falta de critérios para escolha dos conselheiros para participarem de atividades de formação, entre outros. Estes problemas têm sido objeto de estudo de vários autores, em diferentes contextos, o que indica a abrangência de sua ocorrência, e demonstra a necessidade de aprofundar alguns temas importantes relacionados à participação social na saúde.

A escolha de Volta Redonda para este estudo de caso justifica-se pelo fato de ser residente na cidade e ter vivenciado todo o processo de mudanças decorrido na área da saúde.

O município de Volta Redonda, cujo nome origina-se da curva redonda feita pelo rio Paraíba do Sul, situa-se na região do Médio Paraíba, Estado do Rio de Janeiro, sua área territorial

é de 182.483 km² e a população estimada, segundo o IBGE, é de 261.522 (duzentos e sessenta e um mil e quinhentos e vinte e dois) habitantes (IBGE, 2013). Entre os doze municípios que compõem a região, Volta Redonda ocupa o 1º lugar em relação ao quantitativo de habitantes e o 10º lugar em relação à extensão territorial. Sua história política é bastante rica por acolher em seu território a maior indústria de aço da América Latina, a Companhia Siderúrgica Nacional - CSN e por ter influenciado o cenário nacional e internacional em consequência da luta política e sindical travada no período pós Ditadura Militar, vigente no país durante longos anos. Assim, o município é visto pelos demais da região como precursor das questões e enfrentamentos políticos.

Em relação à organização da rede de saúde no município, esta se constitui como pólo regional e se consolidou como referência regional e nacional devido à sua organização político-administrativa e compromisso com a efetivação das políticas de saúde preconizadas pelos pressupostos do Sistema Único de Saúde. Se tivermos que definir um marco na área de saúde em Volta Redonda, esse marco seria o ano de 1993, data em que foram dados os primeiros passos para a efetivação de uma saúde pública de qualidade, de referência nacional.

O histórico de transformação da saúde em Volta Redonda e dos seus aparelhos sociais não foge à conformação da cidade. Seu período principal ocorreu a partir de 1992, quando a Frente Popular¹ conquista o governo municipal e a Secretaria Municipal de Saúde passa a ser gerida pelo Partido dos Trabalhadores. A secretária de Saúde nomeada foi a Dr^a Maria Aparecida Diogo, militante do movimento sindical, ativista da área de saúde, comprometida com a saúde pública e muito articulada com as lideranças do movimento sanitário, logo, todas as iniciativas e propostas defendidas pelo movimento foram trabalhadas na cidade.

Ao formar sua equipe, a secretária reuniu um corpo técnico afinado com os princípios e diretrizes do SUS. Na época, a secretaria encontrava-se em profundo estado de sucateamento, com algumas unidades de saúde praticamente fechadas, funcionários desmotivados, almoxarifado com pouquíssimos insumos e a frota de veículos em condições precárias. Uma das primeiras ações da nova secretária e sua equipe técnica foi implantar o projeto de gestão intitulado “Em

¹ A Frente Popular reuniu quinze partidos de esquerda que fizeram uma aliança para conquistar a Prefeitura Municipal de Volta Redonda nas eleições de 1992.

Defesa de Vida”, construído de forma coletiva com apoio de assessoria externa e lideranças representativas do movimento social. Em seguida, foi organizada a III Conferência Municipal de Saúde, que se realizou no final do ano de 1993, com a discussão dos temas: saúde e cidadania; controle social; financiamento do setor de recursos humanos. As deliberações desta conferência foram as seguintes: a indicação dos representantes do Conselho Municipal de Saúde; a criação do Fundo Municipal de Saúde; a aprovação do repasse de 25% do faturamento do SUS para aplicação da complementação salarial, que evoluiu posteriormente para pagamento da gratificação de incentivo e desempenho existente até hoje. O Conselho de Saúde de Volta Redonda foi o primeiro a ser criado na região, daí iniciou-se todo o processo participativo.

Segundo Pinto (2012), a Gestão Semiplena do Sistema, em 1994, e posteriormente a Gestão Plena, em 1998, foram marcas de um processo de crescimento e fortalecimento das unidades de saúde de caráter público, invertendo a lógica do modelo curativo vigente até então (PINTO, 2012, p.18.).

Desde então, a Secretaria de Saúde de Volta Redonda acompanha a evolução das políticas de saúde em consonância com o Ministério da Saúde. Em 2008, em conjunto com os demais municípios da região do Médio Paraíba, o município participou da assinatura do Pacto pela Saúde. Participou também da instalação do Colegiado de Gestão Regional (CGR) que no ano de 2009 passou a se chamar Colegiado Intergestores Regional (CIR). Esse colegiado é responsável pela implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), conforme preconizado pelo Decreto 7.508/2011.

Atualmente, o município possui a rede de maior complexidade na região, totalizando aproximadamente cem serviços públicos, distribuídos entre os níveis de Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade, além, dos serviços conveniados ou contratados de prestadores privados que compõem a rede complementar. A Estratégia de Saúde da Família - ESF tem uma cobertura populacional de 78,5%, com 50.750 famílias cadastradas. A rede especializada é composta por três Policlínicas Municipais e uma integrada a Instituição de Ensino Superior (UNIFOA); um Centro de *Follow-up* para recém-nascidos de risco; um Centro de Doenças Infecciosas; dois Centros de Fisioterapia e Reabilitação; cinco Centros de Atenção Psicossocial; um Espaço de Cuidado em Saúde Mental (ambulatório e observatório da rede) e quatro

Residências Terapêuticas. A rede de Urgência e Emergência possui seis unidades, duas delas são hospitais municipais e as demais articuladas em territórios, a saber: dois Serviços de Pronto Atendimento (SPA) – Conforto e Aterrado; Sala de Estabilização Santa Cruz e UPA 24 h Santo Agostinho, além de serviços de apoio diagnóstico, com laboratório moderno e bem equipado, e Serviço de Atenção Domiciliar, incluindo cuidado dispensado com o corpo após a morte.

A importância e relevância deste estudo estão no fato de que, embora muitos autores abordem tais temas relacionados à participação e o controle social na área de saúde, ainda existe pouca produção e reflexão sistematizada sobre os processos e políticas de formação de conselheiros de saúde. As abordagens encontradas em geral evidenciam técnicas aplicadas, temas tratados e alguns estudos que relatam experiências locais. Este estudo se propõe a suscitar e provocar a discussão sobre questões como: formar quem? Para quê? Como? Quem organiza as atividades de formação de conselheiros? Quem demanda? Qual o lugar dos conselheiros de saúde nestes processos formativos? Quem define os temas a serem trabalhados nas atividades de formação? De quais concepções de formação estamos falando?

As questões acima levantadas, caso sejam consideradas por aqueles que organizam os processos de formação de conselheiros de saúde, poderão trazer uma nova roupagem e novas contribuições tanto na sua organização, quanto no envolvimento dos atores, dando à atividade formativa um caráter ainda mais participativo, inovador e com certeza mais instigante.

Sobre o surgimento dos conselhos de saúde no Brasil, podemos dizer que a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no ano de 1986, é considerada um dos principais marcos histórico para o processo de democratização da saúde pública, pois a discussão nela legitimada abriu formalmente a perspectiva de implantação de um modelo de saúde mais democrático, em oposição ao modelo autoritário e excludente em vigência na época. Não podemos deixar de mencionar que diferentes fatos e processos políticos antecedentes possibilitaram e culminaram na realização da VIII Conferência. Nosso recorte narrativo, contudo, parte desse evento, por o entendermos como o principal marco histórico-institucional no processo de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

A partir de então, a participação e a descentralização política e administrativa passaram a ser afirmados como elementos importantes na garantia do direito universal e igualitário à saúde, objetivo central da Reforma Sanitária Brasileira. Tal orientação se concretizou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou efetivamente o direito à saúde em seu artigo 196, com a seguinte redação: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (BRASIL, 1988).

A Lei nº 8.142/90, sancionada em 1991, estabeleceu a obrigatoriedade da instituição de conselhos de saúde, nos três níveis de governo: federal (Conselho Nacional de Saúde), estadual (Conselhos Estadual de Saúde – CES) e municipal (Conselho Municipal de Saúde – CMS), com realização periódica de Conferências de Saúde, também nos três níveis de governo, como etapas subsequentes para discussão, elaboração e aprovação das políticas e ações de saúde.

Assim, a participação da sociedade civil no SUS foi formalizada em dispositivos institucionais, incluindo usuários, trabalhadores, gestores e prestadores dos serviços na concepção, controle e avaliação das políticas e ações de saúde. A partir da promulgação da lei 8.142/90, a criação do Conselho Municipal de Saúde passou a ser uma exigência legal, sem a qual nenhum recurso financeiro do Ministério da Saúde poderia ser repassado ao município. Com isso, os municípios se movimentaram no sentido de fazer cumprir a lei e garantir o repasse federal de recursos. Cabe ressaltar que neste mesmo período o país passava por um momento muito rico de efervescência popular, na busca de direitos fundamentais de cidadania, o que também contribuiu na propagação dos conselhos de saúde, que se espalharam rapidamente por todo o país.

Essa situação levou o Ministério da Saúde a propor um conjunto de ações e posteriormente elaborar uma política de formação para os conselheiros de saúde. Nesse sentido, a formação de conselheiros tem sido uma preocupação do Ministério da Saúde, que hoje se concretiza através da Política de Educação Permanente para o Controle Social, entre outras iniciativas. É também uma necessidade pautada pelos conselheiros nas conferências estaduais e

nacionais desde 1995, sendo compreendida como uma dimensão/ação estratégica para o fortalecimento e empoderamento do controle social.

Hoje, considerando que já se passaram mais de vinte anos de implantação dos conselhos de saúde e uma década da formulação de diretrizes gerais para capacitação de conselheiros de saúde, essa pesquisa buscou compreender melhor a política de formação de conselheiros desenvolvida no SUS, a partir de um estudo de caso, com a perspectiva de discutir quais concepções e dimensões de formação têm sido trabalhadas, e se elas têm sido de fato um instrumento de fortalecimento dos conselhos de saúde no Brasil. Foi buscando respostas para estas indagações que optamos por desenvolver o estudo com ênfase na formação de conselheiros de saúde, escolhendo o município de Volta Redonda como campo de pesquisa, em razão dos motivos já elencados. Tais opções assentam-se no entendimento de que a formação é um instrumento essencial para o fortalecimento do controle social, que se revela permeado por intensas disputas entre os mais variados interesses.

Foi com o intuito de conhecer as dificuldades que atravessam os caminhos da formação de conselheiros de saúde que construímos essa pesquisa, cujo objetivo é analisar as iniciativas de formação de conselheiros desenvolvidas no período de 2005 a 2012 no Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, com a perspectiva de identificar quais os principais desafios dos conselheiros em relação à formação.

O recorte temporal que definiu o período da pesquisa foi uma escolha aleatória que buscou apenas refletir as experiências mais recentes.

Dentre os objetivos específicos do estudo, encontram-se o levantamento das iniciativas de formação/capacitação de conselheiros realizadas e/ou apoiadas pelo CMS de Volta Redonda no mesmo período, com a finalidade de quantificá-las e conhecer em números essa participação, mapeando os conselheiros que participaram dessas atividades. O segundo objetivo específico foi conhecer a avaliação dos conselheiros e demais participantes sobre as formações/capacitações realizadas, e os principais desafios que identificam quanto à formação de conselheiros. Outro objetivo específico foi repensar a formação de conselheiros de saúde no Brasil nos seus mais diferentes aspectos, por meio de perguntas como: formar quem, para quê e como?

Compreendemos que a estratégia de trabalhar tais questões de pesquisa a partir de uma experiência local possibilita trazer, através dela, elementos para avançar na análise em profundidade do contexto amplo e geral da formação de conselheiros no SUS. Além disso, nossa expectativa é que, ao retornar ao CMS-VR com o *feedback* desse trabalho, possamos refletir sobre as dificuldades e desafios encontrados e reconstruir coletivamente novas maneiras de pensar e agir em relação à formação, que tenham impacto no momento de estabelecer critérios para participação e desenvolvimento das futuras atividades de formação que surgirem.

2. A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: SEUS SENTIDOS E SUA TRADUÇÃO EM PRÁTICAS E DISPOSITIVOS INSTITUCIONAIS NO SUS.

A origem da participação na área de saúde antevem a Reforma Sanitária, segundo Gonçalves et al (2004). Porém, nossa intenção é relatar mais detalhadamente as experiências construídas com a reabertura democrática, ocorrida na década de 1980, fazendo um recorte sobre os arranjos e dispositivos institucionalizados para a participação na saúde, principalmente através da criação dos conselhos de saúde nas três esferas de governo.

A indicação de ampliação da participação social na saúde é oriunda da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde realizada em 1978, pela Organização Mundial de Saúde, em Alma-Ata (Rússia), em que uma das deliberações mais importantes sugeria aos países em desenvolvimento a adoção do princípio do envolvimento da comunidade na gestão da saúde (GONÇALVES, SILVA & PEDROSA, 2004, p. 97). A partir dessa indicação, o Movimento pela Reforma Sanitária, que se desenvolvia no Brasil na década de 1970, defendeu nos primeiros programas e planos nacionais a participação na área de saúde como premissa básica.

Os mesmos autores afirmam que a experiência da participação da comunidade na saúde, de forma institucionalizada, teve seu início em 1984 com o Programa das Ações Integradas de Saúde – PAIS. Este programa instituiu instâncias colegiadas de planejamento, gestão e acompanhamento nos três níveis de governo. Em nível federal, a Comissão Interministerial de Planejamento – CIPLAN. No nível estadual, a Comissão Interinstitucional de Saúde- CIS e no nível municipal, a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS, sendo que esta última deveria ser formada com a participação dos órgãos públicos convenientes, como o INAMPS, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e outros Ministérios, bem como entidades comunitárias, sindicais e outras representações da população.

Tais movimentações e iniciativas mostram que a saúde pública no Brasil tem sido campo de diferentes lutas sociais, que trazem em seu bojo um desejo transformador. Em decorrência do movimento político em defesa da reforma sanitária no Brasil, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, consolidou a participação da comunidade como um dos principais

pilares da concepção política defendida de direito à saúde. O tema ‘participação’ em saúde foi então definido como *“o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde”* (CORREIA, 2009, p. 107).

Os desdobramentos do movimento da Reforma Sanitária Brasileira foram expressos no arcabouço normativo desenvolvido a partir da elaboração e aprovação da Constituição Federal pela Assembleia Nacional Constituinte de 1988. Na Constituição Federal, o capítulo dedicado à Saúde coloca entre as diretrizes do sistema de saúde a “participação da comunidade”, sem detalhar formalmente como se daria essa participação. Ou seja, tornou-se necessário uma lei complementar específica para tratar o assunto.

A partir de então a participação da comunidade e a composição de mecanismos de controle social sobre as ações do Estado tem sido tema do debate político e objeto de propostas. Nesse processo, o termo controle social foi historicamente relacionado aos Conselhos e Conferências de Saúde, instituído nas três esferas de governo através da Lei 8142/90.

Carvalho (1994), escrevendo sobre os primórdios do controle social nos diz que:

O termo controle social, na sua expressão literal, foi empregado inicialmente na Sociologia com um significado praticamente oposto daquele em que é hoje utilizado. “Seu autor provável é um sociólogo americano chamado Eduardo Ross que, no final do século passado, introduziu a expressão para referir-se a ‘uma dominación social voluntaria y planeada para cumplir una función em lasociedad’” (INSTITUTO DE ESTUDOS POLÍTICOS, 1976, apud CARVALHO, 1995, p.9).

Essa colocação demonstra o entendimento tradicional no campo das ciências sociais do controle social como sendo a influência/coerção da sociedade, coletivo ou grupo sobre o indivíduo para que este possa desempenhar uma função social. Nesta perspectiva, Bobbio (2007) afirma que é preciso compreender o controle social em duas formas diferenciadas. A do controle externo que se dá pelas sanções, punições e pressões aplicadas ao indivíduo por outrem, quando este não se adapta às normas estabelecidas. E a outra forma, a do controle interno, aquele que atua diretamente na consciência do indivíduo quando este não se adapta ou mesmo transgredir as normas estabelecidas, de modo que acaba ele mesmo por condenar-se por sua própria consciência e sentimento de culpa.

Por controle social se entende o conjunto de meios de intervenção, quer positivos quer negativos, acionados por cada sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, de impedir e desestimular os comportamentos contrários às mencionadas normas, também em relação a uma mudança do sistema normativo. [...] O conceito do controle social, embora indiretamente, está presente nas obras dos clássicos da filosofia política que abordaram os temas de Estado, do poder, do fundamento do direito de mandar, a partir da relação entre o agir individual e a história e o agir coletivo (BOBBIO, 2007, p.283).

Vemos assim que o termo controle social porta uma expressiva ambiguidade. Correia (2009) esclarece que o controle social é concebido em diferentes sentidos, partindo de determinadas concepções da relação Estado – Sociedade. Assim, o termo pode expressar tanto o modo como o Estado exerce seu controle e poder sobre a sociedade, quanto às formas e meios que a sociedade encontra para controlar as ações desenvolvidas pelo Estado (CORREIA, 2009, p.104).

Nessa mesma direção, Carvalho (1995) nos propõe pensar a intrínseca relação entre os temas ‘controle social’ e ‘participação’. Para o autor, o controle social “é um termo que o campo da saúde tem usado mais recentemente, correspondendo a uma moderna concepção da relação Estado-Sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”. Para este autor a noção de controle social na saúde, aplicada mais recentemente, adquiriu significado inverso, e representa o controle da sociedade sobre o Estado, enquanto a discussão sobre participação acumula uma longa tradição histórica (Carvalho, 1995, p.8). Nessa mesma direção, Valla (1993) inscreveu o controle social dos serviços de saúde em um Estado democrático que vem passando por mudanças no modo de planejar e gerenciar recursos (VALLA, 1993, p.73).

2.1 CONSELHOS DE SAÚDE, A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE SOCIAL.

Herança do Programa das Ações Integradas de Saúde, no período de 1987 a 1989, quando foram constituídos os Conselhos Interinstitucionais de Saúde, iniciativa inspirada na experiência da reforma sanitária italiana. Não havia então uma definição clara sobre as bases jurídicas e

normativas referentes à composição e atribuições destes conselhos. Com isso é possível observar que mesmo antes da Constituição de 1988 já se fazia presente nas agendas e pautas de discussão política, a proposta de “democratização da saúde”, através da criação de instâncias colegiadas de decisão.

Embora a Lei 8.080/90 tenha reafirmado o princípio da “participação da comunidade”, somente com o advento da Lei 8.142 as Conferências e os Conselhos de Saúde foram definidos como instâncias responsáveis pela “gestão pública do SUS”, a serem criados em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal). Com a aprovação desta lei os conselhos de saúde são normatizados e regulamentados, tendo como atribuição atuar na formulação de estratégias de operacionalização e também no controle da execução da política de saúde, entre outros itens.

A Lei 8.142/90 regulamentou a composição desses Conselhos que devem observar a paridade simples entre representantes dos “usuários” e “prestadores” de serviços de saúde, entendidos como constituídos por três segmentos, quais sejam, os profissionais de saúde, governo e prestadores privados. A lei reafirma ainda a concepção de que a gestão pública do SUS é essencialmente democrática e estabelece que os Conselhos de Saúde devam funcionar em caráter permanente e deliberativo, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros (MOLESINI, 1999).

A partir de então se registra efetivamente a institucionalização dos conselhos de saúde, que rapidamente se espalharam por todos os municípios e regiões do país, mobilizando setores e grupos sociais ávidos por informações e pela efetivação da participação tão propalada. Guizardi et al. (2004), abordando a questão dos conselhos e conferências de saúde, nos dizem que:

Enquanto os conselhos de saúde têm a função de formular estratégias e controlar a execução das políticas, as conferências surgem como uma das arenas nas quais a participação social se antecipa à formulação de políticas, pois se volta para desenhar os princípios, diretrizes e pressupostos que devem orientar todo o processo de formulação de políticas de saúde no período seguinte. As conferências são, desse modo, espaço público de deliberação coletiva sobre as diretrizes que devem guiar a estruturação e condução do SUS, sendo que nelas o princípio da participação da comunidade assume explicitamente um caráter decisório acerca da configuração do sistema. (GUIZARDI et al. 2004, p.16).

A respeito desse processo de tradução institucional do princípio da participação em saúde, Teixeira (2009) coloca a indagação sobre “o que é – ou o que está sendo entendido como

participação?” (p.220). Segundo a autora a participação “social” é, sobretudo, uma prática de cidadania. Ela vê como uma contradição o formato institucionalizado da participação nos Conselhos de Saúde pelo fato de serem espaços de representação e não de exercício da democracia direta. A contradição observada pela autora aborda a forma e os critérios de escolha dos conselheiros, que são indicados por sua entidade de classe ou pelas associações que representam, e não por voto direto.

A segunda lacuna por ela apresentada trata do entendimento de que participar significa “tomar parte em decisões” (TEIXEIRA, 2009, p.247). Considerando a complexidade técnica das decisões necessárias ao sistema de saúde, a autora questiona a hipótese de que dar voz ao usuário pobre pode ser um substitutivo do atendimento que ele não tem. Nesse sentido ela nos faz um alerta sobre a necessidade de pensar a participação em seus mais diversos significados, já que também pode servir como uma concessão, um instrumento silenciador da ineficiência do sistema de saúde, o que com certeza está distante e na contra mão da efetivação do controle social almejado. Sobre Participação social, Stotz (2009), acrescenta que:

...definir participação social implica entender as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem com o objetivo de “influenciar a formação, execução, fiscalização e avaliação de políticas públicas na área social (saúde, educação, habitação, transporte, etc.)”. Tais ações expressam, simultaneamente, concepções particulares “da realidade social brasileira e propostas específicas para enfrentar os problemas da pobreza e exploração das classes trabalhadoras no Brasil” (Stotz, 2009, p. 295).

Entendendo a participação como fator determinante do processo democrático, como uma conquista política e social, seria um grande equívoco concebê-la como concessão ou como uma ação burocrática necessária para cumprir determinadas exigências administrativas. Ao contrário, a participação social como uma ação de democratização das relações entre Estado e Sociedade se constitui por meio do debate público, onde as disputas são inevitáveis, e mesmo inerentes aos processos participativos, nos quais deve prevalecer como intuito comum, contudo, o de garantir o interesse coletivo nas políticas sociais.

Nessa mesma direção Moroni (2010) afirma que a participação tem valor em si mesmo, por isso não é instrumental de um projeto político, tendo duas dimensões fundamentais

interligadas e que interagem permanentemente: a dimensão política e a pedagógica. Ou seja, a participação é:

[...] um processo educativo – pedagógico. Expressar desejos e necessidades, construir argumentos, formular propostas, ouvir outros pontos de vista, reagir, debater e chegar ao consenso são atitudes que transformam todos aqueles que integram processos participativos. É uma verdadeira educação republicana para o exercício da cidadania, que amplia um espaço público real, em que, a construção dialogada do interesse público passa a ser o objetivo de todos os homens e mulheres. “Por isso participar também é disputar sentidos e significados” (MORONI, 2010, p.251).

Em nosso entendimento o tema “participação” envolve razão política e compromisso com a cidadania e exige um envolvimento/movimento/posicionamento que situa o indivíduo como sujeito social e coletivo, cuja ação/transformação interfere no *status quo*. Os conselhos de saúde se constituem como *locus*, instâncias onde ocorre o debate e se efetiva a participação nas políticas de saúde nas três esferas do governo (conselhos municipais, estaduais e nacional). Mensalmente reúnem seus conselheiros para discutir e deliberar sobre as questões da saúde de acordo com a esfera que representam. Desta forma, os conselheiros são atores ou sujeitos políticos que, sob o arcabouço legal, expressam a participação propriamente dita, sendo eleitos a cada quatro anos nas conferências de saúde.

Em geral, o processo participativo na saúde é organizado da seguinte forma e dinâmica: além das reuniões mensais dos conselhos, a cada quatro anos são realizadas conferências de saúde nas três esferas de governo. Nelas são discutidas as políticas de saúde, as estratégias para implementação das ações e programas e os temas inerentes à saúde, assim como, a composição do conselho para o próximo mandato. Em se tratando de instância municipal, há a eleição de delegados para a Conferência Estadual. Na Conferência Estadual são apresentadas as propostas definidas pelas Conferências Municipais, que são discutidas e elaboradas para o nível estadual, havendo discussão, votação e encaminhamentos para o nível federal. Também na conferência estadual é discutida a composição do Conselho Estadual e eleitos os delegados para a Conferência Nacional. Na Conferência Nacional delibera-se sobre a política nacional de saúde, sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde, os avanços e desafios do controle social, entre outros.

Delgado e Escorel (2008), abordando a questão sobre a competência dos conselhos, em suas dimensões políticas e técnicas, concluem que a Resolução 333/2003² não apresenta de forma clara qual o sentido deve nortear a atuação dos Conselhos, se na direção da participação deliberativa ou no acompanhamento e controle da execução da política de saúde. A prioridade em relação a estes dois direcionamentos encontra-se em disputa: Os conselhos devem fazer parte do processo de construção de políticas pressionando os governos a agirem de acordo com o interesse público, ou cobrar para que as normas e regras já estabelecidas não sejam transgredidas? As autoras, buscando um sentido mais amplo para a participação, questionam qual dinâmica deve direcionar a atuação dos Conselhos de Saúde. A ação participativa ou a fiscalizatória? Com esta indagação, afirmam que “apesar da dimensão técnica permear as discussões nos Conselhos de Saúde, esta não pode obscurecer o primordial caráter político dos Conselhos”. (DELGADO & ESCOREL, 2008, p. 93)³.

Há cinco anos, Escorel & Moreira (2008) já afirmavam que passados vinte anos da promulgação da Constituição e dezoito anos da promulgação da Lei 8.142/90 temos no Brasil um sistema de saúde altamente participativo. Os conselhos de saúde existem nos 5.559 municípios do país e nas 27 unidades da Federação, além do Conselho Nacional de Saúde (ESCOREL & MOREIRA, 2010, p. 229).

Os mesmos autores afirmam que este arcabouço institucional congrega 72.184 conselheiros titulares, dos quais 36.638 representam o segmento dos usuários do SUS, 720 conselheiros estaduais e 48 conselheiros nacionais titulares, totalizando 72.952 conselheiros titulares no país. Outro fator citado pelos autores é a massiva mobilização na organização das etapas prévias e durante as conferências de nível nacional, ocorridas a cada quatro anos.

Obviamente, a disputa política se faz e se consolida nestes espaços. As movimentações e articulações de interesses ocorrem o tempo todo, não só entre um segmento e outro, mais também

² Resolução do Conselho Nacional de Saúde contendo as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde;

³ Ver Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.43, p. 79-95, junho 2008..

entre representantes cada segmento, como por exemplo, nas discussões de vagas para delegados que irão representar o município ou estado nas conferências de nível estadual ou nacional, ou nas discussões de preenchimento de vagas na composição dos conselhos quando chega o final dos mandatos.

São inúmeros os autores que analisam a questão da participação na área de saúde no Brasil, e apontam para o reconhecimento de que o Sistema Único de Saúde traz em seu arcabouço jurídico normativo uma rica experiência participativa, que tem proporcionado importantes avanços na efetivação das políticas de saúde no país. Entretanto, estes mesmos autores tentam contribuir trazendo para o debate algumas questões que ainda precisam ser aprofundadas e aprimoradas, dentre estas podemos citar: a relação gestor / conselhos / usuários; sobreposição de instâncias estruturadas com a finalidade de discutir e deliberar sobre as políticas de saúde; perfil e papel dos conselheiros; diversificação das atividades atribuídas aos conselheiros; os problemas e dificuldades em torno da representação / representatividade dos conselheiros; as questões relativas ao exercício da democracia e da cidadania nestes fóruns.

Escorel e Moreira (2008) trazendo para o debate a disputa entre os segmentos afirmam que:

[...] Gestores pretendem dominar a instância com conhecimentos técnicos, linguagem hermética e a legitimidade que lhe é conferida por terem sido indicados por representantes eleitos pela maioria da população. Profissionais buscam maximizar a sua interferência utilizando-se da prerrogativa de que não há atenção à saúde sem a sua participação, mesmo que o conjunto da categoria não responda a essa lógica pela via sindical. Os usuários, segmento cujos interesses são mais difusos, pretendem controlar as ações do gestor com o peso que lhe é conferido por ocuparem 50% das vagas ao invés de participar do processo deliberativo (ESCOREL & MOREIRA, 2010, p. 230).

Tratando sobre as concepções de democracia, a respeito dos processos que institucionalizaram conselhos e conferências como instâncias de participação social em saúde, Moreira & Escorel trazem a contribuição de Sônia Fleury, afirmando que a autora citada desenvolveu ainda mais as relações entre saúde e democracia, incorporando elementos que exigem novas e diferenciadas abordagens para equacionar o ‘dilema’ que se torna cada vez mais complexo. No que tange à participação social, Fleury defende que:

O desenvolvimento de estratégias de construção de um novo tecido social descentralizado e participativo repõe a nossa especificidade regional em um patamar distinto, capaz de reivindicar um modelo de democracia no qual impere a co-gestão pública, retomando os princípios de solidariedade e igualdade em uma complexidade que seja capaz de reconhecer a subjetividade e a diversidade como parte da cidadania (FLEURY apud MOREIRA & ESCOREL, 2010, p.235).

Nesse sentido, o grande desafio está em reinventar a democracia, sensibilizar os atores inseridos no processo de participação e implementar um novo jeito de exercitar o poder decisório, deixando de lado as motivações exclusivamente particulares e individuais, e trazendo a tônica do bem comum.

Ainda sobre a participação, Moroni (2010) traz uma importante contribuição ao relacionar alguns mitos que dificultam a participação, a nosso ver, bastante presentes nos debates sobre o tema, citando apenas quatro entre os mais comuns:

1- **A participação por si só muda a realidade** – Esse mito despolitiza a participação, uma vez que não reconhece que há sujeitos que não tem nenhum interesse que as coisas mudem, e não trabalha a correlação de forças decorrentes desses espaços. Conseqüentemente, essa premissa não possibilita perceber que há outras formas e interesses legítimos (ou não) que definem também as políticas.

2- **A sociedade não está preparada para participar como protagonista das políticas públicas:** este mito está baseado no preconceito do saber culto e especializado, e justifica a tutela do Estado sobre a sociedade civil.

3- **A sociedade não pode compartilhar da governabilidade** – porque o momento da participação da sociedade, de seus cidadãos e cidadãs, é o momento do voto. Essa concepção torna o Estado privado por intermédio do partido que ganha a eleição.

4- **A sociedade é vista como elemento que dificulta a tomada de decisões** – aqui o argumento é a questão do tempo (demora na decisão, obrigatoriedade em convocar reuniões, seja pelo posicionamento crítico diante das propostas ou da ausência delas por parte do Estado). Segundo o autor, esses mitos na verdade são disfarces ideológicos forjados por aqueles que detém o poder político no Brasil. No seu entendimento, tais mitos precisam ser desconstruídos com base em uma concepção ampliada de democracia e da politização da participação (MORONI, 2010, p.254).

Como vimos o tema participação social traz em si mesmo uma grande diversidade de questões que dificilmente serão esgotadas. Entretanto, é no exercício da cidadania que tanto as

questões dificultadoras, quanto as questões construtoras da democracia virão à tona e poderão ser enfrentadas, diminuídas e ou otimizadas, dependendo da intensidade do debate.

Pensar o controle social nos dias atuais nos remete a indagar a quem interessa o controle social, ou a quem ele tem fortalecido. Por um lado, do ponto de vista governamental, o que percebemos é o controle social como mais uma forma de cooptação, cujo objetivo seria a legitimidade das forças governamentais que se utilizam da política de consenso e da cooptação das lideranças para passar as suas propostas e aprovar seus projetos. De outro modo, quando pensamos o controle social do ponto de vista da sociedade organizada, seu objetivo seria o de controlar as ações do Estado e lutar por um estado de direitos, como força propulsora da sobrevivência coletiva. No caso saúde, essa dubiedade do conceito permeia o processo participativo o tempo todo, ora mais fortemente marcado em uma localidade, ora menos em outra, dependendo da conjuntura política e dos recortes que compõem o tecido associativo daquela localidade.

O controle social na saúde assim se organiza, por um lado é bem normatizado e organizado. Por outro, muitos passos ainda terão que ser dados e muitas estratégias terão que ser pensadas para se chegar ao “controle social” idealizado no movimento da Reforma Sanitária. Embora nem todos os conselhos funcionem tão bem quanto desejamos é inegável que o controle social vem proporcionando avanços ao Sistema Único de Saúde (SUS). Não podemos deixar de considerar, contudo, que a simples criação dos mecanismos de participação não é suficiente para garantir de fato a participação e o avanço almejado na garantia do direito à saúde.

3. CORRENTES PEDAGÓGICAS E CONCEPÇÕES DE FORMAÇÃO NO BRASIL.

O tema formação é discutido por vários autores, dentre os quais encontramos diferentes aspectos, concepções e pontos de vista. Nossa intenção neste capítulo é explicitar o referencial teórico que norteará nossa discussão sobre a formação de conselheiros de saúde. Encontramos posições bastante interessantes, algumas muito próximas e até provocativas ao nosso pensamento,

outras contrárias. Porém, todas elas foram fundamentais para o clareamento das nossas indagações sobre o tema.

Pedro Demo (1998), fazendo uma relação sobre o significado do termo formação nos diz que:

O termo **Formação** é usado como sinônimo de educação. Etimologicamente falando, pode induzir a uma percepção errada, se acentuarmos a noção de '*fôrma*'. Todavia, realçando o horizonte autoformativo – *formar é formar-se* – sinaliza com precisão o contexto educativo⁴. Neste sentido, falar de educação ou formação profissional é a mesma coisa (DEMO, 1998, p.21).

Neste texto, o autor nos faz um alerta sobre uma concepção de formação, em sua avaliação equivocada, na qual se acentua a noção de “fôrma”. O termo “fôrma” é aqui aplicado no sentido de formatar, nivelar, manipular, enquadrar, trazer o conhecimento de fora e colocar dentro, sem levar em consideração o sujeito em formação, desconsiderando sua história de vida, seus conhecimentos já adquiridos, sua realidade, seus incômodos e indagações. Nessa concepção, a formação tem por objetivo a modelagem, a moldagem e a dominação. O conteúdo trabalhado nessa perspectiva vai se aproximar da visão sobre a educação bancária discutida e bastante criticada por Paulo Freire (2002)⁵, cuja origem está no pensamento da Escola Tradicional. Nas palavras do autor,

Na visão “bancária” da educação, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância, que constitui o que chamamos de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro. O educador, que aliena a ignorância, se mantém em posições fixas, invariáveis. Será sempre o que sabe, enquanto os educandos serão sempre os que não sabem. A rigidez destas posições nega a educação e o conhecimento como processos de busca. (FREIRE, 2002, p. 58)

⁴É oportuno lembrar aqui o termo cunhado por Maturana de "autopoiesis" para designar a capacidade de todo ser vivo de "autoformar-se", ou seja, de reagir construtivamente diante de desafios e condicionamentos externos. Veja Maturana, H. & Varela, F. 1995. *De máquinas y Seres Vivos – Autopoiesis: La organización de lo vivo*. Editorial Universitaria, Santiago. Maturana, H. & Varela, F. 1995. *El Árbol del Conocimiento*. Editorial Universitaria, Santiago.

⁵ Pedagogia do Oprimido – livro mais conhecido de Paulo Freire, concluído em 1968, publicado em diversas línguas. Porém, por conta dos embates políticos entre a ditadura militar e o pensamento do autor, o livro só foi publicado no Brasil em 1974, quando iniciou o processo de abertura política no país.

Nessa concepção tradicional, o conteúdo é trabalhado de fora para dentro, de cima para baixo, reforçando as relações de manipulação e de dominação. Tais práticas não contribuem com a formação de sujeitos sociais capazes de analisar criticamente a realidade, relacionar-se com outros sujeitos na busca de soluções para as questões que se apresentam, enfim, sujeitos capazes de compreender o contexto, superar a alienação e, finalmente, transformar a realidade.

Já ao realçar o horizonte autoformativo - *formar é formar-se* - a discussão sobre formação toma outro caminho, sinaliza o contexto educativo que considera o sujeito em formação como ator ativo da sua própria formação, numa relação de troca entre formandos e formadores que, ao ensinar, aprendem e ao aprender, ensinam. Segundo Demo (1998) então, nesse sentido, falar de educação ou formação profissional é a mesma coisa. Em tal abordagem, todos os participantes da atividade de formação trarão suas contribuições, conhecimentos, histórias de vida e visão de mundo e juntos construirão ou reconstruirão os conceitos e linhas de pensamentos. Eles formam e se autoformam no diálogo com o outro e com a realidade num processo interativo de criação e inovação.

Nesta mesma perspectiva de análise, Maria Elizabeth Barros de Barros (2011) discorre sobre o tema da formação em saúde. A autora debate a capacidade de ação dos diversos sujeitos sociais, citando as ambiguidades trazidas pelo tema formação no campo da saúde, sendo que duas delas seriam mais recorrentes: aquela que se refere à competência técnica vinculado ao sentido do argumento técnico e das habilidades a serem adquiridas; e a segunda, relacionada ao compromisso político, à consciência crítica no sentido de possibilitar a intervenção dos profissionais nos processos sociais, buscando novos arranjos, questionando seus efeitos como fôrma-de-ação ou forma-de-ação.

Essas duas expressões diferem no sentido de que ‘fôrma de ação’ remete a um formato modelado de atividades educativas, em que os indivíduos devem encaixar-se, sem que o espaço para a ação criativa lhe seja possibilitado, cabendo aos sujeitos sociais apenas executar, sem questionar, limitando assim as possibilidades para a proposição de novas práticas. Em relação a essa concepção, a autora critica a formação vinculada à transmissão de conteúdos e conceitos pré-estabelecidos, comumente realizada com o objetivo de desenvolver habilidades técnicas. Em

direção contrária, ressalta a potência da formação como estratégia para despertar a consciência crítica nas equipes de trabalho, “sem espaço para a ação criativa” (BARROS, 2011).

Já a expressão ‘forma de ação’ está relacionada à maneira de fazer, pensada a partir do ponto de vista dos sujeitos sociais que, estando em diferentes posições, encontram variadas formas para agir sobre determinado dado de realidade, avaliando, propondo, criando, executando e trazendo novas formas de fazer, por meio da utilização e aplicação de novas práticas. Nessa perspectiva, a formação é entendida como instituição, que:

“[...] precisa ser analisada em suas várias conexões: transmissão de informação, encontro de diferentes histórias de vida, os movimentos do desejo, mergulho num plano micropolítico onde os fluxos-formas se engendram por conexão, buscando incessantemente a construção de outros territórios” (BARROS, 2011, p.135).

Trata-se da aposta em uma formação que se configure em múltiplas formas de ação, como produção de saberes e de práticas sociais, que instituem sujeitos de ação, aprendizados permanentes e não práticas de modelagem, que se constroem sobre especialismos naturalizados (BARROS, 2011, p.137).

Para a autora, o técnico e o político são inseparáveis, e é preciso escapar das binarizações (competência/incompetência técnica, compromisso político / alienação, dentre outros), desmanchar os territórios do saber-poder, liberando os processos formativos dos especialismos enclausuradores que desqualificam os saberes-fazeres da experiência.

A configuração de múltiplas formas de ação apresentada é convergente com a abordagem de Pedro Demo, quando conceitua a formação no horizonte autoformativo, considerando a produção de saberes e de práticas sociais que instituem sujeitos de ação. Ambas as formulações trabalham a formação em sua relação com o exercício da cidadania, com a possibilidade de interpretar analiticamente o contexto social, fazer e refazer estratégias de ação, com a perspectiva de reelaborar/reconstruir/resignificar e deixar surgir o “novo”, ou seja, de buscar novos caminhos e pistas que nos levem a encontrar um novo modo de fazer saúde.

Assim, entendendo a formação como um processo reflexivo, vamos abordar algumas questões relacionadas ao desenvolvimento do pensamento pedagógico no Brasil.

Sendo o nosso foco principal a formação de conselheiros, porque então falar das correntes pedagógicas? Essa passagem é necessária para entendermos de forma mais clara como estão organizadas as correntes de pensamento que discutem o processo ensino-aprendizagem e como elas influenciaram e influenciam na definição das metodologias e na organização dos conteúdos das atividades de formação de conselheiros de saúde realizadas até hoje.

Conhecer e identificar estas diferentes concepções se faz importante principalmente quando pensamos em propor ou participar de uma atividade de formação. Esse conhecimento poderá nos levar a observar e avaliar melhor a metodologia aplicada e as concepções que as orientam. Obviamente que em sua aplicação elas acabam por se misturar. Mesmo assim, torna-se possível averiguar quais concepções de educação prevalecem no processo de formação.

A partir da análise de como está organizado o pensamento pedagógico poderemos então compreender e identificar melhor os conteúdos e o formato das atividades. No caso da formação de conselheiros, este é um processo educativo que ocorre fora dos muros da escola. Ou seja, ocorre no campo da política de saúde pública, mais especificamente, nos conselhos de saúde, e estão também incluídos nos movimentos de Educação Popular e na política de educação permanente, preconizada pelo Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Logo, as práticas explicitadas no formato, metodologia, organização, avaliação, entre outras, durante a preparação e realização das atividades (aulas expositivas, seminários, oficinas, plenárias) refletem correntes de pensamento pedagógico, uma vez que estamos tratando de um processo educativo.

Por processo educativo entendemos tudo o que se relaciona com a educação e a aprendizagem, seja através da escola, na aquisição de conhecimentos, ou fora dela, através das trocas de experiências, vivências e saberes adquiridos no contexto social dos participantes. A educação existe em todos os lugares e já existia antes mesmo de existirem as escolas. Brandão (1983), falando sobre os primórdios da educação nos diz que:

Durante quase toda a história social da humanidade a *prática pedagógica* sempre existiu, mas imersa em outras práticas sociais anteriores. Imersa no trabalho, no ritual, imersa nos diferentes trabalhos do viver o cotidiano da cultura que incorporam, no seu todo, a própria estrutura simbólica da sociedade

no universo pessoal de ideias, ações e sentimentos de cada pessoa (BRANDÃO, p.10, 1983).

Para o autor, a prática pedagógica estava imersa no trabalho durante a execução das atividades como a caça, a pesca, a colheita, o trabalho dos artesões e o ofício da construção. Os mais velhos fazem e, ao fazer, ensinam aos mais novos, que observam, repetem e conseqüentemente aprendem. Através dos rituais de passagem, como enterros e casamentos, as pessoas não estão apenas celebrando e homenageando, mas ensinando, uma vez que os ritos são aulas de decodificação da vida social e da recriação da memória e da identidade dos grupos humanos. Neste aprendizado se fazem presentes os valores morais, sociais, políticos, religiosos e práticos de acordo com a tradição do seu povo de origem, tribo ou grupo social.

O referido autor é um defensor da educação popular, aquela que acontece fora dos muros e das paredes da escola, e cuja origem vem do saber adquirido na vida. Para ele, a educação popular é uma educação comprometida e participativa, orientada pela perspectiva de realização de todos os direitos do povo. Sua principal característica é utilizar o saber da comunidade como matéria prima para o ensino, de modo que a aprendizagem ocorre a partir do conhecimento do sujeito e o ensino tem como ponto de partida, palavras e temas geradores do cotidiano dele.

Essa relação sujeito/realidade/ensino está implícita no processo ensino-aprendizagem, que segundo Brandão é visto como ato de conhecimento e transformação social, sendo pautado na perspectiva política (BRANDÃO, p.26, 1983). Essa mesma forma de olhar o processo educativo é defendida por diversos outros autores, destacando-se entre eles Paulo Freire, que se contrapôs de forma veemente ao ensino bancário, caracterizado pelo pensamento tradicional.

É sabido que as tendências pedagógicas se dividem em duas grandes linhas de pensamento, que são abordadas por diferentes autores, sob pontos de vistas bem próximos. Trabalharemos neste texto com três autores contemporâneos que nos ajudaram a compreender melhor estas duas principais linhas do pensamento pedagógico.

Libâneo (1985) define as linhas do pensamento pedagógico como Pedagogia Liberal e Pedagogia Progressista, numa subdivisão da pedagogia liberal encontraram as tendências das escolas tradicional, renovada progressista, renovada não diretiva e tecnicista. Esta linha de

pensamento pressupõe que o indivíduo precisa adaptar-se aos valores e às normas vigentes na sociedade de classe.

No pensamento tradicional, a escola tem como função preparar os alunos intelectual e moralmente para assumir sua posição na sociedade, nele predomina a autoridade do professor e a aprendizagem se dá de forma repetitiva e mecânica, com ênfase na repetição de conceitos e na memorização de conteúdos. Muitos de nós passamos por esta experiência que, de forma satírica, é chamada de ‘decoreba’.

Na tendência Renovadora Progressista a escola tem como função adequar as necessidades individuais ao meio social, são valorizados os processos mentais e as habilidades cognitivas. O papel do professor é de auxiliar o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem. Por sua vez, na abordagem Liberal Renovada Não Diretiva, a escola busca a formação de hábitos e atitudes, e o professor passa a ser um facilitador da aprendizagem, enquanto na tendência Liberal Tecnicista a educação é tida como subordinada à sociedade, destacando-se a necessidade de modelar o comportamento humano com técnicas específicas. O professor transmite a matéria de acordo com o que o sistema instrumental indica, ou seja, o professor mostra a verdade científica cabendo ao aluno receber, aprender e fixar as informações transmitidas.

Já a Pedagogia Progressista, segunda linha de pensamento defendida por Libâneo subdivide-se em libertadora, libertária e crítico social dos conteúdos. Esta linha de pensamento se preocupa com as questões sociopolíticas, trabalha com temas geradores, preconiza o diálogo entre alunos e professores e tem como base o pensamento de Paulo Freire. A tendência libertadora questiona a realidade social com o objetivo de transformá-la, estabelece uma nova relação entre os conteúdos curriculares e a experiência dos alunos. A abordagem libertária valoriza a convivência em grupo fortalecendo a autogestão como método, para que os participantes busquem a melhor forma de aprender. Espera-se que na relação professor/aluno não exista nenhuma forma de poder, ameaça ou subordinação. O professor é orientador da aprendizagem, catalisador e conselheiro do grupo, visando a reflexão comum. A tendência crítico social do conteúdo busca preparar o aluno para atuar no mundo e transformar a realidade. Nela os conteúdos escolares devem ser vivos, concretos e indissociáveis da realidade social, e a

aprendizagem ocorre a partir da síntese, quando o aluno supera sua visão parcial por outra mais clara e unificadora.

Ramos (2010), apresentando um panorama sobre as principais correntes pedagógicas que influenciaram a educação brasileira, classifica-as em críticas e não críticas, como faz também Saviani (1985). São conceituadas como críticas as correntes que veem a educação como uma mediação ético-política da formação humana, que possibilita a compreensão da realidade e potencializa a ação dos sujeitos para superar a exploração e a alienação dos trabalhadores, transformando-a, em benefício da emancipação humana. Como não críticas são tomadas as teorias que consideram a realidade como um dado natural e estável, em relação à qual o ser humano elabora uma representação que o ajuda a adaptar-se (RAMOS, p.171, 2010).

Saviani (*apud* Ramos, 1985) nos aponta para os deslocamentos que ocorrem da pedagogia tradicional para a pedagogia nova, baseados na passagem de aspectos do intelecto para o sentimento, da dimensão objetiva do conhecimento para a dimensão subjetiva, dos conteúdos para o método, do professor para o aluno, do esforço para o interesse, entre outros (RAMOS, p.176, 2010).

Estas linhas de pensamento influenciaram o processo de ensino-aprendizagem no Brasil, com destaque para o pensamento tradicional que, como vimos se baseava no ensino centrado no professor, enquanto que o aluno era tido como mero receptor. Ou seja, o conhecimento repassado pelo professor seria uma verdade inquestionável, absoluta, cabendo ao aluno apenas a repetição e a memorização.

Cabe quanto a isso ressaltar o legado herdado dos Jesuítas, cujo ensino era de caráter retórico e repetitivo, discriminatório e preconceituoso, onde a competição era estimulada através de prêmios e castigos. Dedicavam-se ao ensino das elites dominantes, difundindo nas classes populares, através da religião, a subserviência, o paternalismo e o clientelismo. Desta forma reproduziam uma sociedade onde a educação era utilizada como instrumento de discriminação social, refletida na divisão entre analfabetos e "doutores" iluminados, aumentando assim as desigualdades sociais, características estas ainda determinantes na cultura política brasileira até os dias de hoje.

O desenvolvimento posterior do pensamento pedagógico no Brasil foi bastante influenciado e permeado pela conjuntura sócio político. Os momentos culturais e políticos e as ações decorrentes de movimentos sociais e filosóficos impactaram na definição da prática pedagógica, sendo ponto determinante para a definição do modo de ensinar e aprender.

Em sua trajetória histórica no Brasil, o pensamento pedagógico da escola tradicional foi criticado por muitos educadores, que buscavam novas alternativas. Com a chegada da burguesia urbano-industrial ao poder, em 1930, um novo projeto educacional surgiu. O Manifesto dos Pioneiros da educação nova, assinado por 27 educadores, seria o primeiro grande resultado político doutrinário de 10 anos de luta da Associação Brasileira de Educação - ABE em favor de um Plano Nacional de Educação. Inicia-se um período de grandes disputas e longas lutas e, finalmente, em 1961 é sancionada a primeira lei geral da educação brasileira, que permaneceu em vigor até a Constituição de 1988. A partir de então várias lutas intermediaram mudanças na Lei de Diretrizes e Base da Educação e trouxeram, no bojo de suas propostas, os mais diversos interesses.

Os anos 1980 foram marcados pelo esgotamento do modelo econômico vigente, quando o país caminhou abertamente para a redemocratização. A insatisfação popular prosperou e a sociedade civil organizada passou a debater os problemas nacionais como a inflação, crises políticas e, posteriormente, no início dos anos 1990, o *impeachment*, conseguindo a cassação do primeiro presidente eleito do novo período democrático. Este fato trouxe uma série de mudanças internas, alterando inclusive o poder relativo dos governos e das sociedades locais, abrindo espaço a um intenso movimento de lideranças socialistas. Esses movimentos sociais tinham como ideário a busca pela autonomia, pela adoção de estratégias de democracia direta, sendo marcados por um sentimento anticapitalista de crítica às relações de poder e produção vigente. Buscava-se alcançar um processo político decisório horizontalizado, além do sentimento constitucionalista que permeava todas as grandes discussões em torno da educação, saúde, habitação, transporte, e demais direitos sociais.

Em meio ao processo de redemocratização do país ocorreu a implementação da descentralização dos serviços públicos, o que aproximou os grupos de interesse organizados de sua gestão e acompanhamento. Esta consistia numa estratégia de gestão e execução de políticas

que visava privilegiar a proximidade entre executores e o público-alvo, com o objetivo de otimizar os recursos aplicados e democratizar a relação Estado-Sociedade.

A proposta de municipalização estava disseminada na sociedade e se fazia presente nas agendas e pautas de discussão entre os interlocutores do movimento social, assim como, dos grupos representativos dos mais diversos interesses, incluindo os defensores dos serviços privados. Cabe lembrar que é neste contexto político que foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco histórico do arcabouço político legal do SUS, que garantiu a participação da comunidade na definição das políticas de saúde.

Na educação, a dualidade estrutural mostrava-se visível na fragmentação dos caminhos formativos propiciados pelo sistema escolar, o que foi tema de debate nas agendas dos educadores. Num dos principais *lôcus* onde ocorre o processo ensino aprendizagem, na escola, também se desenhavam (e ainda se desenham) itinerários diferenciados que reproduziam e fortaleciam a diferença entre as classes sociais, perpetuando os interesses do capital. A divisão social do trabalho estava cada vez mais clara: para os pobres, o ensino profissionalizante, pois com uma profissão certificada poderiam se inserir no mercado de trabalho e garantir a sua sobrevivência e a de sua família, além de contribuir com o crescimento do capital do seu empregador. Para os ricos a educação como formação intelectual, com continuidade no ensino superior. Os filhos dos ricos se formavam doutores e pensadores e os filhos dos pobres eram formados para serem os trabalhadores, os executores, enfim, a grande massa de mão de obra destinada a servir ao capital. Essa fratura estrutural incomodava os educadores mais progressistas que lutavam incessantemente por uma educação igual para todos.

No decorrer deste processo observamos um movimento de práticas educativas que foram se desenhando e demonstrando ora avanços, ora retrocessos, entretanto, novas práticas surgiram em meio e a partir de velhas práticas.

Este debate foi intenso e as disputas pela reformulação do sistema educacional brasileiro, após quase duas décadas de ditadura militar, trouxe à tona um clima de participação que motivou vários educadores e políticos a defender a elaboração de uma nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação para o país. O enfrentamento da dualidade estrutural tornou-se uma questão central,

várias propostas foram apresentadas e a proposta da escola politécnica veio com o propósito de fazer esse enfrentamento com o ensino médio, tomando o trabalho como princípio educativo e resignificando a relação entre trabalho intelectual e trabalho braçal.

Nesse contexto, o pensamento de Paulo Freire e de outros autores progressistas representou uma alternativa para aqueles que queriam mudanças. Gadotti (1999) afirma que Freire, herdeiro de muitas conquistas da Escola Nova, denunciou o caráter conservador dessa visão pedagógica, observando que a escola podia servir tanto para a *educação como prática de dominação* quanto para a *educação como prática da liberdade* (GADOTTI, 1999, p.147).

A primeira trata a educação como forma de dominação e está fundamentada na educação bancária, em que o professor deposita seu conhecimento sobre o aluno, sem que este possa questioná-lo ou contribuir de alguma forma com a construção do conhecimento. O professor é o centro, a prática é autoritária e o diálogo não é permitido, o aluno é visto como um ser passivo (FREIRE, 1982).

Já a Pedagogia do Oprimido trata a educação como prática de liberdade, sua essência é a educação emancipadora das relações de opressão e dominação social. O conhecimento deve ser obtido de maneira crítica e reflexiva, reforçando o diálogo educando/educador. Nesta perspectiva, o educando é entendido como sujeito do seu próprio conhecimento, num processo em que sua participação e envolvimento são fundamentais.

Já nos anos 1990, a discussão da educação como cultura vem enriquecer o debate sobre o discurso pedagógico, com a emergência de novos temas, como as diferenças étnicas, as questões de gênero, entre outros.

Paulo Freire foi reconhecido pelo seu compromisso ético-político com os segmentos populares e pela natureza progressista de seu pensamento sobre a educação, que se concretizou com a criação de um método de alfabetização de adultos profundamente político, inovador e conscientizador. Em seu método trabalhou com temas geradores através do diálogo e da valorização do conhecimento que cada indivíduo traz de sua história de vida e visão de mundo. Buscava assim despertar o senso crítico e a conscientização, com o recurso a uma metodologia problematizadora. Para esse autor, os educandos devem ser convidados a pensar. Ser consciente

não é para ele uma fórmula simples ou um mero “*slogan*”. É a forma radical de ser dos seres humanos enquanto seres que, refazendo o mundo que não fizeram, fazem o seu mundo e neste fazer e re-fazer se refazem.

Para Freire, a educação está diretamente relacionada à relação do homem com o mundo e, ao falar desta relação especificamente na esfera humana, ele afirma que “*estar no mundo resulta da sua abertura à realidade que o faz ser o ente da relação que é*”. Logo, nas relações do homem com o mundo há uma pluralidade que responde aos desafios na própria singularidade, está presente também a criticidade que constantemente altera-se, organiza-se, testa-se, age e refaz uma nova resposta, assim:

A partir das relações do homem com a realidade, resultando de estar com ela e de estar nela, pelos atos de criação, recriação e decisões vai ele dinamizando o seu mundo. Vai dominando a realidade. Vai humanizando-a. Vai acrescentando a ela algo de que ele mesmo é o fazedor (FREIRE, 1983, p.43).

Na reflexão do autor a leitura de um texto demanda a leitura do contexto social a que o texto se refere. Não basta ler mecanicamente que “*Eva viu a uva*”. É necessário compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir uvas e quem lucra com esse trabalho⁶. Com esse discurso, ele demonstra claramente que alfabetizar é um ato político, porém, ocultar a realidade também o é, logo a educação não é neutra. O educando neste contexto é visto como cidadão que faz parte do contexto em que vive, é sujeito e ator do seu próprio processo de viver e conviver em sociedade.

Mesmo tendo sido o método proposto por Paulo Freire um marco fundamental na história de educação do país, alguns autores apresentaram críticas à sua linha de pensamento, uma vez que autor apresentava claramente uma vivência cristã, vinculada aos setores progressistas da Igreja Católica. Entre os críticos ao método Paulo Freire, Paiva (1980), em sua obra *Paulo Freire e o nacionalismo desenvolvimentista*, reeditado 21 anos após seu polêmico lançamento em 1980, é a que apresenta uma crítica de forma mais contundente. Nesta obra a autora faz uma análise sobre as conexões do Método Paulo Freire com o movimento intelectual defendendo a ideia de

⁶ Texto extraído da parte final da fala de Paulo Freire, no Simpósio Internacional para a Alfabetização, em Persépolis, IRÃ, em setembro de 1975.

que o pensamento do autor traduz para o campo da Pedagogia os ideais nacional-desenvolvimentistas ligados aos intelectuais do Instituto Superior de Estudos Brasileiros - ISEB. Afirma ainda que a experimentação do método Paulo Freire foi parcialmente financiada por uma agência norte americana para o desenvolvimento internacional (*US.Agency form International Development*) no início dos anos 60, o que coincide temporalmente com a política norte America da “Aliança para o Progresso”.

Segundo Paiva (1980), para entender melhor os motivos desse financiamento é preciso considerar alguns dados conjunturais da época, em particular o contexto político do Nordeste no período de 1958 a 1964. Nesse sentido, ela afirma que o método Paulo Freire alfabetizava em poucas horas, podia ser aplicado em larga escala e a baixo custo, o que o levava a ser mais vantajoso se comparado aos demais métodos. Além disso, era muito interessante para os governantes e para os políticos populistas, uma vez que podiam ampliar suas bases eleitorais num curto espaço de tempo, como foi utilizado no Nordeste, prefeitura de Natal e pelo Governo do Estado de Pernambuco, no período anterior ao golpe. Nas palavras da autora, em nível nacional:

o método pareceu ser um instrumento capaz de atender à urgência da formação de eleitores em número suficiente para assegurar a aprovação das reformas de base por via plebiscitária; por isso o governo Goulart, no início de 1964, pretendia expandir o Plano Nacional de Alfabetização – PNA a muitas partes do País (PAIVA, 1980, p.26).

A autora afirma ainda que o pensamento freireano dos anos 50 e 60 “*floresce à sombra de um pensamento que se quis liberal mas que não estava isento de autoritarismo*” (PAIVA,1980, p.19).

Segundo Canário (2007), o trabalho analítico realizado por Vanilda Paiva sobre a obra teórica de Paulo Freire é uma importante contribuição, no sentido de nos levar a uma melhor compreensão da obra e do pensamento do referido autor. Do ponto de vista de Canário, o valor da contribuição de Vanilda pode ser sintetizado em seis ideias principais, sendo:

- A filiação nacionalista e desenvolvimentista da ação e do pensamento de Freire, que se exprime pelo modo como ele interpretava a realidade brasileira, apelando pela transição de uma sociedade arcaica para uma sociedade moderna, marcada na sua opinião por uma efetiva democratização
- No quadro de uma “Revolução Brasileira” baseada no consenso e comandada pela razão, expectativa de grande parte da intelectualidade brasileira nos anos 50

e início dos anos 60 – insere-se a ideia de mudança associada a pedagogia de Paulo Freire.

- Limites do conceito de conscientização, nesta fase representa para Freire, não uma forma de “consciência de classe”, mas “um tipo de consciência que permitisse a percepção da situação global do país de modo a gerar ações que promovessem o desenvolvimento nacional e consolidassem a democracia parlamentar”.

- É desta perspectiva que a concepção pedagógica de Freire pode ser encarada, como sustenta a autora do livro, enquanto tradução “sob o manto do combate ao autoritarismo tradicional da sociedade brasileira, do autoritarismo ‘esclarecido’ subjacente ao isebianismo”.

- Neste sentido que a proposta pedagógica de Paulo Freire pode ser interpretada como uma pedagogia diretiva: “educar as massas era conquista-las para a ‘ideologia do desenvolvimento’ formulada pelos isebianos”. (CANÁRIO, 2007, p.84).

“Ainda nas palavras de Vanilda Paiva, (1980) a preocupação de Freire é a de desenvolver uma pedagogia adequada a essa mudança”, propiciadora da formação de um “*homem democrático*” suscetível de corresponder à situação de transição vivida pela sociedade brasileira (PAIVA, 1980, p.144-145).

Em entrevista ao Jornal do Brasil, a autora comenta que a reflexão de um intelectual tem sempre um contexto de desenvolvimento, e que as ideias de Freire nasceram em meio a uma enorme quantidade de movimentos de educação popular. Ainda nessa mesma entrevista, Paiva deixa clara a sua crítica quanto à relação professor/aluno proposta por Freire, defendendo a relação assimétrica em que o professor deve ter em sua opinião, uma posição diferenciada, sem repetir os erros de português, gírias, modismos, entre outros, argumentando o risco de se perder a qualidade do ensino, deteriorar as relações internas da escola e a perda de autoridade do professor.

A autora deixa claro que este estudo diz respeito ao período da ação e da obra de Paulo Freire na sua etapa inicial, cobrindo o período que vai até 1965, e que a evolução de seu pensamento a partir da segunda metade dos anos 60 exige uma abordagem específica.

As críticas apresentadas por Vanilda Paiva (1980) são bastante convincentes, bem articuladas e alinhadas com fatos decorrentes da conjuntura política da época. Entretanto, a autora

deixa transparecer como pano de fundo certo incomodo e descontentamento com o envolvimento dos cristãos da igreja católica na propagação e implementação do método e do pensamento de Paulo Freire, que se expandiu de forma marcante, atingindo diferentes camadas do tecido social, de canto a canto do país, da direita à esquerda do pensamento político.

Para além de todas as considerações expostas, não podemos nos esquecer do mérito de Paulo Freire no enfrentamento e na problematização das mazelas do clientelismo e do populismo no Brasil, e do quanto avançou no objetivo principal que norteou toda a sua vida de educador. Sua contribuição na superação do problema do analfabetismo no Brasil é inegável, assim como é inegável sua interferência na transformação das relações professor/aluno, propondo-a como uma relação de educadores/educandos, entendidos como sujeitos ativos do processo ensino-aprendizagem. Não podemos esquecer também do seu compromisso e comprometimento com as classes populares e da sua contribuição incomensurável com a educação popular no Brasil.

3.1 EDUCAÇÃO POPULAR NO BRASIL: CONCEITOS, HISTÓRICO, DIFICULDADES E DESAFIOS.

Falar de formação de conselheiros sem falar de educação popular em saúde seria incoerente. Esta sempre se fez presente nas pautas de formação na área de saúde, seja pela sua história vinculada ao movimento popular, seja pelo incômodo dos profissionais de saúde com o sofrimento da população. Assim como, com a incapacidade dos serviços de saúde em dar respostas resolutivas às demandas que se apresentam no cotidiano da vida.

Por outro lado, as modificações e alargamentos que o conceito de saúde sofreu com a reflexão a crítica realizada pelo movimento sanitário têm possibilitado sua relação com os mais diversos aspectos da vida social. Podemos falar de saúde quando estamos nos referindo ao saneamento básico, às questões sociais como gênero, habitação, etnia, transporte, educação, economia, entre outras dimensões, o que não deixa de ser um facilitador para a discussão da Educação Popular, especialmente a Educação Popular em Saúde.

Assim, a participação da saúde no movimento da Educação Popular foi muito importante e marcou fortemente o conjunto de profissionais que buscava um rompimento com o autoritarismo presente na relação entre os serviços de saúde e a população de forma geral. Segundo Brandão (1998), as práticas de educação popular representam a vontade de criar espaços autônomos, nos quais o manejo do poder se realize de forma compartilhada, dentro de uma crescente relação entre iguais. Vasconcelos (2008) diz que:

[...] a educação popular se constitui do esforço teórico e por movimentos sociais que buscam a construção de uma sociedade mais solidária e justa que supere a separação entre a ação fundada na razão e a paixão, desenvolvendo reflexões e práticas de ação social e luta política onde a paixão é motivadora da razão e a razão orienta a paixão. (VASCONCELOS, 2008, p.322).

Essa relação com a paixão e a razão como motivadoras para o exercício da ação e da transformação da sociedade aparece fortemente nos textos dos autores que discutem o tema da Educação Popular em Saúde, mesmo que abordados por diferentes prismas, seja partindo do ponto de vista da cidadania nos seus variados aspectos, da religiosidade, do ponto de vista dos profissionais de saúde, dentre outros. O mesmo autor diferencia a educação formal da educação

popular afirmando que existem muitas práticas educativas que utilizam métodos verticais educador-educando e ocorrem fora da escola.

Conceituando a Educação Popular em Saúde, o Ministério da Saúde (2007), afirma que:

[...] a educação popular em saúde apresenta-se como portadora da coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que todos nos merecemos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.01).

O início do caminhar da Educação Popular em saúde no Brasil de forma geral surgiu historicamente na década de 1950, quando intelectuais latino-americanos, no embate com as elites, buscavam uma metodologia que superasse a relação autoritária destas sobre a população.

Segundo Vasconcelos (2007), essa busca trouxe a tona uma importante descoberta, verificou-se que *“ao contrário de uma massa passiva, carente e resistentes à mudanças, ali habitava grandes movimentos de busca, de enfrentamento de problemas, de muitas iniciativas e solidariedade com o outro”*. Logo, entendeu-se que aquele era um espaço *“rico de saber que permitia inclusive viver com alegria diante de situações adversas”*. Outra descoberta constatada pelos mesmos intelectuais foi que *“ao disponibilizar o seu saber e trabalho a serviço das iniciativas populares, os resultados encontrados eram surpreendentes”* (VASCONCELOS, In Caderno de Educação Popular em Saúde, Ministério da Saúde, p.31, 2007).

Ainda o mesmo autor reconhece que Paulo Freire foi um desses intelectuais e que a publicação do livro *Pedagogia do Oprimido* foi fundamental, uma vez que foi o primeiro a sistematizar teoricamente a experiência acumulada por este movimento. Essa teorização possibilitou a propagação da Educação Popular, contribuindo também para o seu aperfeiçoamento, organizando princípios e definições. A Educação Popular não é algo parado, estagnado e concluído, mas por si só em transformação constante e suas mudanças se dão sempre em consonância com as transformações decorrentes das lutas sociais, seu berço natural.

Gomes e Merhy (2011), também abordando o histórico da educação popular em saúde, relacionam sua origem às campanhas sanitárias da Primeira República, juntamente com a

expansão da medicina preventiva para algumas regiões do país nas primeiras décadas do século XX (GOMES & MERHY, p.09, 2011).

Vasconcelos (2008), afirma que a constituição da Educação Popular como proposta política e pedagógica bem delimitada ocorreu na década de 1960, a partir do movimento de resistência contra a Ditadura Militar instalada no Brasil em 1964. Entretanto, foi somente na década de 1970 que muitos profissionais de saúde se inseriram em práticas de Educação Popular, que se espalharam pelo país, dando origem a inúmeras práticas de saúde comunitária e integrando no cotidiano a luta da população por melhores condições de vida.

Cabe salientar que do período mencionado acima, até a década de 1970, as práticas de medicina tinham caráter eminentemente curativo e se resumiam quase exclusivamente à oferta da medicina privada para aqueles que podiam pagar. Para os trabalhadores que contribuíam com a previdência (trabalhadores com carteira de trabalho assinada) os atendimentos eram realizados nos hospitais da previdência e para os trabalhadores informais (domésticas, trabalhadores rurais, desempregados, entre outros) restavam as Santas Casas de Caridade, de caráter filantrópico. Nesse período as práticas de educação e prevenção em saúde ocorriam de forma isolada.

A situação de total ausência de direitos em relação às necessidades mínimas de sobrevivência, somada às péssimas condições de vida da população, gerou uma grande insatisfação popular que acabou por forçar o Estado a voltar suas atenções para os problemas básicos do povo, dentre eles, a saúde. A partir de então, na tentativa de oferecer à população de baixa renda uma medicina de caráter curativo, é implementada no Brasil a proposta da medicina comunitária, que utiliza técnicas simplificadas, de baixo custo, e valoriza os aspectos preventivos da saúde. Para efetivação dessa proposta são criados vários postos de saúde em muitas regiões e cidades periféricas dos grandes e médios centros de desenvolvimento (MERHY, GOMES, VALLA). Valla (1992), tratando a mesma situação ressalta que:

[...] as políticas sociais do Estado promovem uma fragmentação do proletariado em setores e camadas, de acordo com a sua inserção no mercado de trabalho. A atenção à saúde diferencia-se para dar conta dessa fragmentação: na rede básica, recebe-se os mais “miseráveis”, enquanto que a parcela de trabalhadores com vínculos empregatícios e salários um pouco mais altos têm suas necessidades de saúde cobertas por serviços médicos privados, conveniados ou não (VALLA, 1992, p.33).

O mesmo autor, falando da ausência de políticas sociais básicas como transporte, moradia, saúde e educação diz que “*na realidade, tentar responder a essas questões é falar de cidadania*”.

Valla e Stotz no texto "Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização", publicado pelo Caderno de Saúde Pública em 1999, dizem ainda que as propostas de educação popular e de saúde comunitária têm sido vistas com frequência de forma ambígua apontando os seguintes aspectos e diferenciações: por um lado, essas propostas são vistas como forma de politizar, conscientizar e organizar as classes populares que podem, inclusive, pontuar a inoperância do Estado ao trazer uma pauta de reivindicações recheada de direitos básicos. Por outro lado são utilizadas como forma de desenvolver trabalhos que seriam da responsabilidade do governo, e assim acabam ajudando-os a reduzirem seus gastos. Essa crítica nos ajuda a compreender por que muitos tendem a ver os trabalhos de saúde comunitária como um serviço de saúde de segunda classe, para os pobres, que acaba por permitir uma sobra maior de dinheiro público que poderá ser direcionada para uma parcela da população com melhores condições de vida. Para os autores, atrás desta discussão tem outra questão de fundo, que é a desigualdade na distribuição do dinheiro público praticada pelo Estado brasileiro, pois enquanto grandes somas dos impostos são direcionados para grandes projetos apoiados pelos capitais nacional e internacional (VALLA & STOTZ, 1992), é bastante restrito o valor investido nos serviços básicos necessários para a reprodução da força de trabalho (VALLA, 1997 a. in Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2):7-14, 1999).

Neste contexto, segundo Vasconcelos (2001), parte dos profissionais de saúde sentiu a necessidade de buscar uma atuação mais próxima da realidade das pessoas que atendiam, passando a integrar-se na dinâmica de vida das classes populares. Nesta mesma linha de raciocínio Stotz et al (2005), nos dizem que:

[...] O jeito de pensar e fazer saúde pautada na experiência favorece uma forma de expansão e de crescimento que exerce grande fascínio sobre quem depara com essa situação, como é o caso dos profissionais de saúde com as limitações do tecnicismo da formação e da orientação normativa face à complexidade da vida (STOTZ, et al 2005).

A Educação Popular em saúde no Brasil é retomada a partir dos anos 1970, por meio da participação de profissionais de saúde insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços oficiais. Desejosos de uma atuação mais significativa, estes profissionais buscaram formas alternativas de atuação, envolvendo-se com os trabalhos comunitários, principalmente, junto à Igreja Católica, e inaugurando uma ruptura com as práticas tradicionais de educação em saúde (VASCONCELOS, 2001).

Na segunda metade dos anos 1970, o país encontrava-se ainda sob o regime da Ditadura Militar. O processo de abertura política ocorreu principalmente na década seguinte, com lentidão visível e notória. A população buscava formas alternativas para se organizar, resistir e construir um novo modelo de sociedade e encontrou guarida nas formulações teóricas da teologia da libertação, sob a égide da Igreja Católica, o que foi fundamental para a organização de diversos movimentos populares, que naquele momento se envolviam com as questões políticas. Dentre eles, estavam oposições sindicais, associações de moradores, centrais sindicais, partidos políticos de oposição, associações não governamentais, que além de usarem os espaços disponíveis para reuniões, também contavam com o apoio de vários intelectuais que se colocavam a serviço da organização das classes populares.

Na década de 1980 a luta política se intensificou, principalmente na área de saúde, e este período foi marcado por importantes conquistas, sendo a maior delas a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, com a posterior criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, que culminou com a afirmação do art. 196 da Constituição Federal garantindo a saúde como “direito de todos e dever do Estado.”

Ainda nesta mesma década, o Movimento Popular de Saúde (MOPS) articulou e apoiou diversas dessas experiências que se tornaram referências fundamentais para o Movimento da Reforma Sanitária, que emergia naquele momento, dando em seguida origem ao Sistema Único de Saúde – SUS. Os autores Stotz, David e Wong Un (2005) afirmam que a caracterização da Educação Popular como proposta de um movimento social foi cunhada por Eymard Vasconcelos, numa intervenção pública num Congresso de Saúde Coletiva da Abrasco, realizado na cidade de Salvador, em julho-agosto de 2000.

Ao longo da década de 1990, a ampliação da cobertura dos serviços de saúde se expandiu rapidamente, como principal fator desse evento temos a implantação das estratégias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF).

Em 1991, uma nova movimentação ocorre em torno da educação popular, profissionais de saúde, lideranças de movimentos sociais e pesquisadores envolvidos em diferentes experiências que se baseavam nos princípios da educação popular se organizam em torno da articulação popular em saúde e se reúnem em São Paulo. Nessa reunião foi discutido, aprovado e organizado o I Encontro Nacional da Educação Popular em Saúde. Em 1998, a articulação passa a chamar-se Rede de Educação Popular e Saúde, representando um importante *locus* de articulação política, formulação de teorias, troca de experiências e elaboração de propostas alternativas para o funcionamento dos serviços de saúde.

Stotz, David e Wong Un (2005), falando sobre a finalidade do movimento, esclarecem que:

A unidade de propósitos dos participantes do movimento consiste em trazer, para o campo da saúde, a contribuição do pensamento freiriano, expressa numa pedagogia e concepção de mundo centrada no diálogo, na problematização e na ação comum entre profissionais e população. É importante ressaltar na identidade do pensamento de Paulo Freire e a dos participantes do movimento de educação popular e saúde, a convergência de ideologias aparentemente díspares, quais sejam o cristianismo, o humanismo e socialismo (STOTZ E.N, DAVID HSL, WONG UN, JÁ, 2005).

A unidade de propósito citada pelos autores pode ser uma das razões que explicam a motivação dos profissionais de saúde em buscar uma articulação no sentido de formular e implementar projetos de educação em saúde, partindo da realidade local e do modo de viver das pessoas que procuravam os serviços de saúde, utilizando-se da técnica de problematização e do diálogo com os diferentes atores sociais presentes na saúde.

Estase fortalece ainda mais quando no primeiro ano do governo de Luis Inácio Lula da Silva, em 2003, o Ministério da Saúde, em uma parceria com a Rede de Educação e Saúde, organizou vários encontros estaduais, cujo ápice foi a realização de um Encontro Nacional, no qual foi constituída a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANEPS). A Rede se manteve como um fórum de discussão e, em 2009 a Secretaria de

Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) instituiu o Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS), com uma composição que contemplou 13 (treze) representações de movimentos populares, 2 (duas) entidades dos movimentos representativos dos gestores e 9 (nove) representações da área técnica do Ministério da Saúde, além de instituições ligadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando 36 (trinta e seis) titulares e seus respectivos suplentes. Esse comitê teve como tarefa fomentar o diálogo entre os coletivos, educadores, profissionais de saúde, trabalhadores, gestores e estudantes no contexto do SUS e da gestão participativa, para a elaboração da Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS).

Finalmente, em 2012, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) apresentou a Política Nacional de Educação Popular em Saúde para o Sistema Único de Saúde (PNEP – SUS), reafirmando os princípios do SUS e a garantia do direito à saúde mediante implementação de políticas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e diminuição das desigualdades sociais, alicerçadas na ampliação da democracia participativa no setor saúde. Esta política foi apresentada e aprovada no Conselho Nacional de Saúde em julho de 2012 e apresentada ao Grupo Técnico de Gestão da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em maio de 2013 para discussão e pactuação.

A PNEP-SUS reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS. Propõe uma prática político-pedagógico que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como ponto de partida o diálogo entre as diversidades de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS. A PNEPS-SUS explicita entre as suas prioridades a de fomentar o protagonismo dos movimentos sociais e dos usuários do SUS, seus pressupostos são: o diálogo, a amorosidade, a problematização, a construção compartilhada do conhecimento, a emancipação e o compromisso com a construção do projeto democrático e popular (CONASS, 2013).

O histórico da Educação Popular e Saúde trazem consigo uma intensa caminhada de lutas, com avanços e estagnações que perpassam pelas questões relacionadas às políticas sociais e pela relação das autoridades governamentais com o movimento social organizado. Na prática

cotidiana, ora se desenvolvem ações que fortalecem essas organizações, ora se manipulam determinadas informações ou é dificultado o acesso às mesmas, ora se desconhece totalmente a existência desses movimentos. As questões acima evidenciadas são intensificadas quando somadas à crise do financiamento da saúde e à dificuldade das instituições formadoras em preparar o profissional de saúde para uma ação voltada para a transformação da sociedade, no sentido de torná-la mais justa, solidária e menos desigual. Falando destes desafios, Stotz, David e Wong Um (2005) sintetizam a questão deixando claro que:

A EP&S precisa tomar para si o desafio da institucionalização – quem sabe sob a forma de um grupo academicamente mais sólido em contato com a pulsão da vida social nos meios populares. Os contornos do movimento chamado de EP&S poderão então adquirir novas formas, modeladas por novas artes, numa trajetória de horizontes abertos (STOTZ, DAVID E WONG UN, 2005, p.20).

Para os autores, o desafio de generalizar esta experiência é contínuo e passa pela formação de recursos humanos sob o método da educação popular, passando pela construção de maior fluidez nas relações diretas e informais da rede, de modo a possibilitar o compartilhamento de angústias, experiências prévias e do desejo de superar as dificuldades encontradas (STOTZ, DAVID E WOONG UM, 2005, p. 20).

Valla (1999), analisando o impasse criado pela crise de saúde no Brasil, argumenta que este quadro foi agravado pelos baixos salários e pelas precárias condições de trabalho oferecidas aos profissionais de saúde, o que gerou longas filas nos centros de saúde e hospitais públicos, tornando comum o fenômeno da “escolha de Sofia”. Para a superação dessa problemática compreende ser necessário que a sociedade civil organizada demande mais investimentos dos governantes na área de saúde para contornar a crise. O desafio é estimular reflexões e proposições capazes de redimensionar as relações entre o Estado e a Sociedade, principalmente para favorecer a ampla maioria dos que se encontram excluídos dos benefícios da riqueza e do bem-estar proporcionados pelo desenvolvimento econômico.

É preciso aqui registrar a importância de Victor Vincent Valla como pioneiro da pesquisa e formação acadêmica no campo da educação popular em saúde, conforme o faz em Vasconcelos e Eveline (2008). Segundo os autores, Victor Valla foi o primeiro pesquisador de renome acadêmico a se dedicar ao estudo das peculiaridades e desafios próprios da aplicação da educação

popular neste campo específico de prática social. Sua participação na Articulação Nacional de Educação Popular e Saúde, transformada posteriormente em Rede de Educação Popular e Saúde, foi fundamental para abrir espaços nos congressos e entidades acadêmicas. Seu modo de ser, generoso e aberto à adversidade, marcou fortemente as características do movimento da educação popular em saúde no Brasil. Segundo Vasconcelos, toda a produção profissional de Victor Valla está marcada, de um lado, pelo gigantesco vínculo que criou com o tema da pobreza no Brasil e, de outro, por seu estranhamento como estrangeiro, intelectual e trabalhador social, com os modos de viver presentes entre os pobres.

Valla chegou ao Brasil como missionário católico em 1964, ficou abismado com a pobreza e acreditava “*que se não podia fazer nada, podia pelos menos conviver com o problema*” (Vasconcelos, 2005, p.228-9). Seu vínculo com a pobreza foi intenso, seus textos acadêmicos nascem da imersão emocionada e militante no mundo popular, e apontam para a forma criativa de seus modos de vida. Victor Valla veio de uma família norte-americana de classe média e ao chegar ao Brasil ficou fascinado com a alegria e a forma emocionada de viver e de se relacionar presentes no mundo popular. Assim, foi construindo sua vida acadêmica e social orientada por este compromisso ético e político.

A sua coragem em trazer para o ambiente de pesquisa, inseguranças, perplexidades e dilemas de pesquisador aponta para uma dimensão metodológica importante da problematização da Educação Popular, diferenciando-a de outras propostas pedagógicas centradas na problematização. Algebaile (2008), tomando emprestada uma formulação de Gramsci, diria que Valla produziu uma espécie de conhecimento “em ato” em profunda unidade como seu pensamento, registrado em textos, mas nem sempre totalmente aí explicitado.

Essa rápida passagem pelos pensamentos pedagógicos no Brasil e, em particular, pela história da Educação Popular e Saúde, buscou ressaltar os diferentes posicionamentos que permeiam o campo da educação no país. Para além da importância de conhecermos, mesmo que sinteticamente, as diferentes correntes pedagógicas, é necessário também situar e articular tais abordagens e concepções com a área de saúde e com a formação de conselheiros de saúde. Este movimento é importante no sentido de avaliar as responsabilidades, atribuições, formação político-social, dentre outras questões fundamentais para sua atuação. Ao costurar esta

articulação entendemos que, como os conselheiros atuam sobre uma determinada realidade, é fundamental promover a reflexão sobre esse contexto social e sobre o projeto político que estão buscando, defendendo ou fortalecendo.

Nesse sentido, Matus (1996) nos traz uma grande contribuição quando defende a ideia de que para planejar nossa ação devemos estar sempre com os pés no presente e o olhar no futuro, olhando os cenários possíveis e suas alternativas (MATUS, p.12, 1996). Para ele, a capacidade de ação dos diversos atores sociais está diretamente associada ao projeto político de nível macro. Enfim, o autor destaca a relevância de fazer planos e considerar as variáveis para melhorar nossa capacidade de governo, sendo que por capacidade de governo entende-se os recursos necessários à efetivação das ações selecionadas para a concretização do projeto proposto (RH, capacidade técnica, capacidade política, financeira, materiais)⁷.

Retomando o debate sobre a formação de conselheiros, consideramos fundamental a afirmação de Ramos (2009), quando nos diz que nenhum processo educativo é neutro, tal qual afirma também Paulo Freire. Portanto, em toda prática educativa existe sempre um fundamento ideológico, que carrega determinada concepção de mundo, um projeto de sociedade construído a partir de uma visão de classe e/ou fração de classe, cujo objetivo é dar direção às práticas sociais (RAMOS, 2009, p.155).

Corroborando a discussão anteriormente apresentada sobre forma e fôrma de ação, Pedro Demo (1998) traz uma importante contribuição, quando conceitua Ensino/Educação, afirmando que apresentam diferentes significados. Para ele, o ensino aponta para recursos instrucionais e de

⁷O Planejamento Estratégico Situacional – PES é um método que pressupõe constante adaptação a cada situação concreta onde é aplicado. Sinteticamente falando, sua metodologia é proposta a partir de quatro momentos, a saber: O momento explicativo, que substitui o antigo “diagnóstico”, é composto pela análise do ator que planeja (limites e potencialidades, ambiente interno e externo). No momento operacional, desenham-se as ações ou projetos concretos sobre cada nó crítico, definem-se para cada operação os recursos necessários, os produtos esperados e os resultados previstos, e são construídos os cenários possíveis em que o plano será executado, quando são analisadas as trajetórias do conjunto das operações em cada um destes cenários e – a partir disto – tenta-se diminuir a vulnerabilidade do plano. Finalmente, no momento estratégico, analisam-se os atores sociais envolvidos no Plano, seus interesses, motivações e poder em cada uma das operações previstas e cenários imaginados, e são definidas as melhores estratégias possíveis para cada trajetória traçada.

treinamento, constituindo uma intervenção de fora para dentro e de cima para baixo (DEMO, 1998, p.14). Essa definição nos remete ao pensamento da escola tradicional, para a qual o aluno é um ente receptor e o professor é o centro do processo ensino-aprendizagem. Logo, quem define o conteúdo e a metodologia a ser aplicada é o professor ou alguém hierarquicamente acima dele. O mesmo autor diz ainda que “[...] *na medida em que o ensino designa um processo de fora para dentro, nele sobressai o aspecto manipulativo, e a moldagem externa predomina sobre a dinâmica de construção interna*” (DEMO, 1998, p.19). Nesse sentido, o autor nos alerta para o fato da moldagem, da modelagem, da manipulação e da dominação, propondo inclusive que a categoria “ensino” e termos correlatos sejam espantados do uso como sinônimos ou substitutivos de “educação”.

Retomando nossa revisão sobre as correntes pedagógicas podemos identificar essa prática educativa com aquela que prepara o educando para adaptar-se à realidade, sem questioná-la. Aqui se torna possível formar em série, de acordo com os interesses da classe dominante. Ainda em Demo: “[...] *para que alguém se torne transformador, carece de engajamento específico e sustentado, cuja chama é sempre difícil de manter acesa*” (DEMO, 1998, p.18). Tomamos então, o conceito de educação como processo de constituição histórica do sujeito, através do qual ele se torna capaz de projeto próprio de vida e de sociedade, em sentido individual e coletivo (DEMO, 1998, p.19).

Nesta perspectiva, o próprio sujeito refaz sua unidade de pensamento, conceitua reconceitua e automaticamente se transforma, e transforma a realidade através da sua ação na relação com outros sujeitos. Em convergência com o pensamento de Paulo Freire, tal concepção de educação enfatiza que o sujeito que forma, se forma e forma o outro num processo interativo e dinâmico.

Assim, a perspectiva pedagógica com a qual trabalhamos na discussão sobre a política de formação de conselheiros situa-se no campo do pensamento crítico, em particular no que tange a obra de Paulo Freire, de Vicent Valla e demais autores do campo da EP&S. Isto porque, compreendemos que a formação almejada precisa dialogar com a diversidade de pensamentos, de histórias de vidas e de visões de mundo que envolve os conselheiros dos mais de cinco mil conselhos de saúde no Brasil. Tal abordagem é necessária para que possamos aproveitar as

experiências existentes e trabalhar com uma linha de formação que, a partir da análise da realidade, potencialize a ação dos conselheiros como sujeitos sociais, atuando em direção contrária à toda cooptação, alienação e exploração política visível em grande parte dos conselhos espalhados por este Brasil a fora.

O que nos move é a compreensão de que a ação esperada dos conselheiros se constitui, em parte, da ousadia e do desejo de transformar uma situação indesejável, na contra mão do sistema econômico e político vigente. Nesse sentido, reconhecemos que a inserção dos conselheiros na política de saúde representou a possibilidade e a expectativa de um efetivo exercício da cidadania, em um contexto histórico marcado pelo neoliberalismo, pelo fortalecimento do individualismo e pela privatização dos serviços públicos. É por acreditar nessa possibilidade de intervenção e ação política dos conselheiros de saúde que apostamos na formação como ferramenta essencial na efetivação desse processo crítico-educativo, como mediação importante para a superação dos obstáculos e das dificuldades existentes.

Weffort afirma que a grande preocupação de Paulo Freire foi a mesma de toda a pedagogia moderna: *“uma educação para a decisão, para a responsabilidade social e política”* (WEFFORT, 1983, p. 12). Com essa afirmação o autor reforça nosso posicionamento, uma vez que consideramos que os conselheiros de saúde necessitam, fundamentalmente, de uma educação voltada para decisão e para a responsabilidade social e política, elementos estes essenciais ao fortalecimento do controle social no exercício pleno de cidadania. Por fim, na medida em que os conselhos de saúde são um espaço público de participação nos apoiaremos também no conceito de participação de Valla, em que *“participar é participar, por qualquer meio, pelos meios disponíveis, por todos os meios. É um jogo em que não cabem prévias nem ensaios, onde o “aquecimento” é a própria ação”*. (VASCONCELOS, ALGEBAILLE & VALLA, p. 329, jul./set. 2008).

4. TRAJETÓRIA DAS INICIATIVAS E POLÍTICAS DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE NO BRASIL.

A política de formação de conselheiros surgiu a partir das necessidades levantadas e pontuadas pelos próprios conselheiros no exercício de suas atribuições, desde a 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, momento em que os conselhos existentes tinham menos do que dois anos de criação. Apesar da grande expectativa e da aposta de que o controle social seria fundamental na transformação da política de saúde, já havia vários sinais de que a função de conselheiro de saúde não seria fácil, nem os conselhos seriam instrumentos eficazes em curto prazo. As dificuldades e os obstáculos eram grandes, os vícios e resquícios herdados do longo período de ditadura no país ainda se faziam fortemente presentes nas práticas e no modo de fazer política, deixando claro que o aprendizado seria extenso e as respostas não seriam tão rápidas quanto se esperava.

A discussão sobre formação dos conselheiros de saúde surgiu como proposta para o enfrentamento dessa situação no sentido de municiar os conselheiros das informações necessárias para o desempenho de suas atribuições e, conseqüentemente, de fortalecimento do controle social. Segundo Labra (2010),

A aposta no potencial transformador dos Conselhos de Saúde se refletiu na definição bastante ambiciosa de todos os aspectos relativos às atribuições e requisitos de funcionamento, também alimentada pelas primeiras avaliações, mostrando situações distorcidas das mais variadas, que exigiam correções (LABRA, 2010, p.185).

A aposta no controle social exercido pelos conselheiros pode ser vislumbrada na expectativa crescente em relação às suas atividades. Ao longo do período de 1992 a 2011 acreditou-se que quanto mais atribuições fossem dadas aos conselhos e conselheiros de saúde, maior seria sua contribuição para a consolidação nas políticas de saúde.

Analisando comparativamente as três resoluções do Conselho Nacional de Saúde, no que diz respeito às atribuições dos conselhos de saúde, verificamos que a Resolução nº 33 de 1992 inicialmente descreveu competências/atribuições dos conselhos já estabelecidas na lei federal 8.142/90. Num total de quinze, elas foram mantidas e/ou reforçadas e acrescidas na resolução 333 de 2003, com exceção da última atribuição, descrita como “outras atribuições estabelecidas pela

Lei Orgânica da Saúde e pela IX Conferência Nacional de Saúde”, que não se mantém no novo texto.

Na Resolução 333 as atribuições passaram de quinze para vinte e quatro, aumentando tanto em quantidade, quanto em complexidade. Entre as atribuições que foram acrescidas, destacamos os itens I, IV, IX e XII que nos possibilitam fazer uma rápida discussão sobre o grau de dificuldade que vem sendo exigido na atuação dos conselheiros.

O item I afirma a necessidade de mobilizar a articular a sociedade em defesa dos princípios e diretrizes que fundamentam o SUS para o controle social. Para tanto, os conselhos podem organizar-se de diferentes formas desde que tenham disponíveis recursos como rádio, jornal, televisão e materiais para organizar palestras, seminários, *folders*, entre outros. O domínio dos diferentes temas inerentes às políticas de saúde também seria fundamental para a organização de ações que possam corresponder satisfatoriamente à atribuição proposta. Será que podemos afirmar que os conselheiros de saúde dos 5.565 municípios brasileiros têm apropriação necessária para a discussão sobre os princípios e diretrizes que fundamentam o SUS em suas variadas nuances? Será que os recursos financeiros, materiais e a infraestrutura necessária para a efetivação dessa atribuição é disponibilizada a esses conselhos? Em que medida essas questões podem ser respondidas hoje?

Quanto aos itens IV, IX e XII, para que o conselho possa exercer as atribuições propostas faz-se necessário que seus membros, ou parte deles, tenham conhecimentos de economia, finanças, orçamento, planejamento, programação, ações estratégicas, saúde pública e saúde privada, seus níveis de complexidade, entre outros. Mesmo que estrategicamente os conselhos contratassem serviços de consultoria para responder a esses saberes tão diversificados, as atribuições de monitoramento, acompanhamento, controle e deliberação são exclusivas dos conselheiros, que obrigatoriamente precisarão dominar minimamente cada um desses assuntos.

O mesmo se repetiu na resolução 453 de 10 de maio de 2012, quando na sua quinta diretriz, descreve que os conselhos de saúde nacional, estaduais, municipais e do distrito federal, têm suas competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das conferências de saúde. Foram incluídas também as atribuições previstas na lei complementar nº

141 de 13 de janeiro de 2012⁸, que versa sobre o financiamento do SUS e as atribuições previstas no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde.

Nesta resolução, as atribuições dos conselheiros de saúde passaram de vinte e quatro para trinta. Foram mantidos os itens da Resolução 333/2003, com exceção do item IX, que afirmava a necessidade de estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, conforme o princípio da equidade. Este aspecto teve sua redação melhorada na resolução anterior e excluída no novo texto de 2012.

Foram acrescentadas ainda outras atribuições contidas nos itens VI, X, XIII, XXIII, XXVI, XXVII e XXX⁹, que exigem novos conhecimentos. Essa situação pode de um lado ser positiva, uma vez que oferece para o conselheiro que tem disponibilidade de tempo para leitura, pesquisa e condições para tal, uma oportunidade de atualização e estudo. Por outro lado, para os conselheiros que trabalham ou não tem disponibilidade de tempo e ou condições para pesquisar e se informar, pode trazer frustrações e sentimento de incompetência, gerando desmotivação para atuar como conselheiro.

Com todas as atribuições mencionadas podemos imaginar a excessiva carga de trabalho dos conselheiros ao representarem as suas instituições no conselho de saúde. Mesmo que os governos nos três níveis correspondentes disponibilizem uma infraestrutura suficiente para toda a demanda do trabalho a ser realizada, como secretária, carro, telefone, fax, computador, máquina filmadora ou fotográfica, entre outros, sabemos que é praticamente impossível para os conselheiros desenvolverem a contento todo o rol de atribuições que lhes são cobradas.

Há que se considerar também a diversidade de saberes necessários para que os conselheiros possam responder às atribuições definidas. Num exercício rápido podemos enumerar algumas áreas de conhecimento que estão presentes nas pautas de discussões dos conselheiros no seu dia a dia, entre elas: noção de programação em saúde, epidemiologia, planejamento,

⁸Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012).

⁹ Ver quinta diretriz da Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde

orçamento, financiamento, redação, democracia, controle e avaliação, sistemas de informações em saúde, legislação, saúde coletiva, serviços suplementares, gestão, além de habilidades como soluções de conflitos, oratória, organização de eventos e a capacidade de dirigir reuniões. Outro fator a ser considerado é o tempo necessário para o exercício pleno das atribuições de conselheiro. É notório que para que o conselho funcione plenamente e o conselheiro de fato exerça o seu papel fiscalizador, estar presente nas reuniões mensais não é suficiente. Contudo, também é evidente que os conselheiros têm outras atribuições sociais e/ ou profissionais, além dos compromissos pessoais e familiares.

Os temas funcionalidade, participação, representatividade, atribuições dos conselhos e dos conselheiros, capacitações e estratégias de qualificação, dentre outros, de forma mais ou menos incisiva estiveram presentes nas pautas ou nas discussões temáticas das conferências de saúde de nível nacional, desde a instituição do SUS. Labra (2010), analisando o relatório da 11ª conferência nacional, realizada em 2001, deixa claro que mesmo com mais de 5.000 conselhos implantados, a situação dos conselheiros é desconfortante. A autora aponta algumas questões como: a pouca representatividade dos conselheiros, a baixa capacidade de formulação e o clientelismo somados a um contexto de desorganização da sociedade civil que dificulta a atuação dos conselheiros e o avanço do controle social. Além destes aspectos destaca que o referido relatório retoma e reitera as deliberações da conferência anterior porque nenhuma delas foi encaminhada, o que leva a questionamentos sobre o exercício do poder deliberativo nos conselhos de saúde. Porém, nessa trajetória, a municipalização do SUS continuou avançando, novos conselhos foram criados, o que avolumou cada vez mais os problemas existentes. No entanto, o documento não toca na real capacidade da maioria dos conselhos de saúde em assumir tais deliberações, nem nas prováveis raízes dos problemas.

Essa situação fez com que os mesmos problemas continuassem a se repetir até a 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011. Esse cenário nos traz uma importante reflexão sobre a distância existente entre a aprovação de uma proposta e a sua real efetivação, principalmente no caso da saúde, que exige comprometimento de diferentes atores e grupos sociais, como gestores, profissionais de saúde, conselheiros, representantes dos poderes Executivo e Legislativo, entre outros.

Enquanto os conselhos e conselheiros viviam na prática suas dificuldades e contradições, paralelamente, outras ações e movimentos foram acontecendo, com o objetivo de fortalecer, consolidar e empoderar o controle social, municiando os conselheiros com informações importantes para o exercício de suas atribuições e para efetivar ações que pudessem corrigir os problemas relatados.

4.1 POLÍTICAS DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE NO BRASIL: PRINCIPAIS MARCOS E INICIATIVAS.

Com a realização do 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, em abril de 1995, realizado na cidade de Salvador (BA) pelo Conselho Nacional de Saúde, em conjunto com os conselhos estaduais e municipais, entidades do movimento popular e sindical e com o apoio da academia, iniciou-se a formação de conselheiros propriamente dita. Neste congresso, os conselheiros de todo o Brasil reivindicavam a formação de conselheiros.

A partir de então importantes experiências aconteceram nos estados e municípios de forma isolada (palestras, cursos rápidos, seminários) sobre temas relacionados ao controle social na saúde, financiamento e formas de organização do sistema de saúde. Em âmbito regional, registramos o Projeto Nordeste que produziu, entre outros materiais, o "Guia do Conselheiro", que ficou conhecido e foi utilizado, inclusive, nas capacitações de conselheiros de todo o País.

Em 1999, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) instituiu um grupo de trabalho para tratar do tema da capacitação de conselheiros. As propostas deste grupo de trabalho contribuíram para que o CNS construísse em 2005 as “Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde”, partindo do pressuposto de que é considerado como capacitação:

Os processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de (cursos, oficinas de trabalho, etc) e/ou o uso de metodologias de educação à distancia, assim como os fóruns de debates existentes (Conferências de Saúde, Plenárias dos Conselhos de Saúde e ou Encontros de Conselheiros). (BRASIL, 2002).

Segundo as autoras Kleba, Comerlatto e Collisselli (2007).

Durante o ano de 2003, a partir de uma iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do Ministério da Saúde, foi aprovada junto ao Conselho Nacional de Saúde a "Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde". Essa política estabeleceu como objetivo promover a interação entre as estruturas de gestão da saúde, as instituições de ensino, os órgãos de controle social e os serviços de atenção à saúde, e promoveu a organização de Pólos de Educação Permanente em Saúde em todo o território brasileiro (KLEBA, COMERLATTO, COLLISELLI, p. 337, 2007).

A primeira experiência de formação de conselheiros em âmbito nacional foi realizada nos anos de 2000 a 2004 por meio do Programa Nacional de Fortalecimento do Controle Social, que buscou trabalhar o aprimoramento da gestão e das políticas de saúde no Brasil, com o objetivo de aumentar a participação de diferentes segmentos da sociedade no controle social do SUS. Esse Programa foi financiado com recursos externos, gerenciados pelo Ministério da Saúde. Nele foi proposta a inclusão de conteúdos técnicos ao saber dos conselheiros de saúde, articulados com a sua atuação prática, respeitadas as especificidades e diferenças locais.

Em 2005, o Conselho Nacional de Saúde, por meio da resolução 354/2005 sobre as Diretrizes Nacionais de Educação Permanente para o Controle Social, decidiu que antes de elaborar e deliberar sobre esta Política Nacional deveria dialogar com os conselhos estaduais e municipais buscando uma construção coletiva. Para tanto, organizou seis Oficinas Regionais, nas quais foram apresentadas as diretrizes nacionais e debatidos os resultados dos cursos de capacitação já realizados nos estados e municípios. Foram discutidos o financiamento e os temas estratégicos para a Educação Permanente para o Controle Social e também as formas para multiplicar e disseminar o conteúdo acumulado nos seis eventos (BRASIL, 2006).

Em 2006 foi proposta a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social, como um desdobramento das Diretrizes Nacionais de Educação Permanente para o Controle Social. Nesta política é afirmado que é *'de responsabilidade intransferível dos conselhos de saúde o desenvolvimento da Política de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde'* (BRASIL, 2006). A responsabilidade pela capacitação dos conselheiros foi atribuída aos conselhos de saúde por ser neste espaço onde ocorrem as questões geradoras de necessidades e possibilidades referentes à falta de informação e ao processo político

do controle social, ou seja, este é um contexto oportuno e estratégico para a busca de superação das dificuldades observadas.

A partir daí, conselheiros, lideranças, instituições e entidades parceiras foram diretamente envolvidos no processo de Educação Permanente para o Controle Social, que teve como objetivos a socialização das informações e do conhecimento sobre a efetividade do controle social e também o acúmulo de experiências políticas. Esperava-se, com isso, que as especificidades locais e as diversidades regionais fossem consideradas na elaboração da Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, observados os princípios, diretrizes e recomendações da política nacional do Ministério da Saúde.

A revisão e atualização das “Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde¹⁰” estabeleceu que tais capacitações devessem ter como objetivos: a ampliação do processo de capacitação; a inclusão e envolvimento de outros sujeitos sociais, de conselheiros de saúde ou ex-conselheiros que possuíssem experiência em educação popular e participação nos Conselhos de Saúde. Foi afirmada ademais a necessidade de ampliação da concepção de cidadania, conforme previsto na Constituição Federal, e a ampliação do conceito e da prática da democracia.

Entretanto, este documento não tratou somente da formação de conselheiros, também previu iniciativas relacionadas às políticas e estratégias de formação permanente, à comunicação e informação em saúde para os cidadãos brasileiros, com o objetivo de promover iniciativas de educação para o controle social envolvendo toda a população nas melhorias do SUS. O texto expõe o entendimento de que os conselheiros devem atuar como se fossem elos entre o Conselho de Saúde e as entidades representadas no conselho, que por representarem a sociedade devem ter como ponto de partida as necessidades da população.

Assim, seguindo as novas diretrizes, foram realizadas oficinas regionais e as questões mais relevantes discutidas nas oficinas serviram de base para o estabelecimento dos cinco eixos estruturantes da Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, quais sejam: 1)

¹⁰As “Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social no SUS” foram oficializadas através da Resolução nº 363 do CNS, de 11 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006).

Participação Social; 2) Financiamento da Participação e do Controle Social, 3) Intersetorialidade; 4) Informação e Comunicação em Saúde e 5) Legislação do Sistema Único de Saúde.

Estes eixos refletem a compreensão de que para o fortalecimento do controle social as três esferas de governo devem disponibilizar dotação orçamentária, com previsão de recursos financeiros que garantam a estrutura e o funcionamento dos conselhos de saúde. A política propõe que se deve trabalhar pela formação de uma consciência sanitária considerando uma compreensão ampliada de saúde e a articulação intersetorial com todas as áreas das políticas públicas e sociais, incluindo relações permanentes entre conselhos e demais órgãos de poder público que possam contribuir para a promoção de ações conjuntas de fortalecimento do Controle Social no Sistema Único de Saúde. Afirma também que o processo de Educação Permanente para o Controle Social no SUS deve contemplar a informação e comunicação em saúde para o exercício do controle social, fortalecendo a atuação dos conselheiros de saúde. Finalmente, traz a importância do conhecimento da legislação e normas do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de contribuir e permitir que a sociedade se apodere das informações que garantam condições para exercício de seus direitos e deveres.

Em 2007, o grupo de trabalho que deu início ao processo acima mencionado se transformou na Comissão Intersetorial de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (CIEPCSS). A Resolução nº 374 do CNS, de 14 de junho, aprova a estruturação da comissão, composta por dez membros titulares e respectivos suplentes, mais um coordenador titular e um coordenador adjunto que regimentalmente são conselheiros nacionais.

Esta comissão tem como missão assessorar o Conselho Nacional de Saúde no acompanhamento da Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, entre suas atribuições as principais são: o acompanhamento da implementação da política em âmbito nacional; a formação de multiplicadores e formadores para o fortalecimento do controle social e a articulação de uma rede nacional de educação permanente para o controle social.

No referido documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), a Política de Educação Permanente para o Controle Social é apresentada como uma Política Nacional Estratégica para o

SUS, que reúne o conjunto de contribuições, estudos, reflexões, debates, divergências e convergências em torno da capacitação de conselheiros.

Esta política representa uma conquista legitimada nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde - 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. Ela amplia o conceito de capacitação de conselheiros e visa oportunizar o acesso às informações e ao conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo para o efetivo exercício da cidadania na sociedade brasileira (Ministério da Saúde, p.7, 2007).

As diretrizes que orientam a Política Nacional de Educação Permanente no Controle Social do SUS definem-na como sendo processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde, prevendo metodologias que valorizem as experiências pessoais, fortalecendo os conselheiros de saúde como protagonistas na formulação, fiscalização e deliberação da política de saúde nas três esferas de governo.

4.2 A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONCEITO E PROPOSTAS.

A origem da Educação Permanente é defendida por diversos grupos de educadores sob os prismas da educação e da saúde. Alguns educadores afirmam que a Educação Permanente se configura como um Movimento Institucionalista da Educação (PAIVA, 2003).

Do ponto de vista da saúde também encontramos posições diferenciadas. Para muitos educadores, a Educação Permanente em saúde configura-se como um desdobramento da Educação Popular, orientada pela linha de pensamento de Paulo Freire. Para outros educadores, a educação permanente resulta da análise das construções pedagógicas na educação em serviços de saúde, na educação continuada para o campo da saúde e na educação formal de profissionais de saúde (CECCIM, 2004).

Ainda em Ceccim, institucionalmente, o conceito de educação permanente foi trabalhado inicialmente no campo da educação e posteriormente no campo da saúde pela Organização Pan-americana da Saúde – OPAS.

Tal formulação partiu da ideia de aprendizagem significativa e de reflexão crítica, entendendo que ao promover e produzir sentidos a partir da realidade do trabalho, a educação permanente interfere nas práticas profissionais e nas políticas públicas. Sua proposição é de que os processos de qualificação, sejam dos trabalhadores da saúde ou do controle social, tenham como referência as necessidades de saúde das pessoas, motivo pelo qual a problematização é defendida como metodologia adequada a estes processos formativos.

A Educação Permanente tem como base a interação entre sujeitos sociais que trazem uma história, um conteúdo, um saber próprio que precisa ser respeitado, socializado, reconstruído e resignificado. As ideias do político e pensador marxista italiano Antonio Gramsci, escritas e publicadas no segundo pós-guerra, entre 1929 e 1937, passaram a ser discutidas no Brasil a partir da década de 1970 e também tiveram influência no desenvolvimento do conceito. Outro marco importante é a proposta de conceber a educação permanente a partir do quadrilátero da formação, constituído pelos vértices ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM, 2004). Desta forma, a educação permanente:

Propõe que a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM, 2004, p.43).

Nesta acepção, ao mesmo passo em que parte do questionamento dos processos de trabalho e da realidade social, a formação também é pensada como intervenção, como possibilidade de refazê-los, provocando mudanças, mobilizando e redesenhando caminhos, negociando e repactuando processos. Para tanto, convoca o protagonismo dos sujeitos, evidenciando a interação entre o desaprender, aprender, desfazer, refazer, o fazer e a produção de novas práticas e novos saberes.

Cada um destes componentes (ensino, gestão, atenção e controle social) tem sua importância na formação por estar em constante correspondência entre si no momento da análise

e no estabelecimento dos novos saberes, atos e práticas. Nesse sentido, concordamos com o autor, uma vez que entendemos ser impossível alavancar qualquer processo de mudança sem tratar a referida correspondência entre os quatro componentes, que no cotidiano das ações de saúde interagem em interdependência. Nesse sentido, não se pode pensar o ensino sem pensar a gestão, a atenção e o controle social, nem se pode pensar isoladamente cada componente.

Concordando com os autores mencionados, partimos do princípio de que as ações de educação permanente devem ser observadas com um olhar prospectivo, voltado para a capacidade dos indivíduos de compreender a realidade, problematizá-la e entender seus desdobramentos. Este movimento poderá ajudá-los a enfrentar o desafio de construir estratégias e desenvolver atributos técnicos necessários ao controle social. Em nossa compreensão estas são habilidades que podem contribuir com a construção de alternativas inovadoras que, ao mesmo tempo em que preparam os sujeitos para a ação, transformam a prática num ato de troca de saberes e de conhecimentos que se reconstruem e se renovam cotidianamente.

Ceccim (2004, 2005) sugere que para que a formação para a educação permanente em saúde seja eficaz é preciso que os profissionais de saúde, técnicos da área, consultores, gestores, especialistas e intelectuais fujam dos modos fragmentados visíveis como: saúde coletiva separada da clínica, qualidade da clínica independente da qualidade da gestão, gestão separada da atenção, atenção separada da vigilância. Segundo ele, é importante propiciar um encontro entre trabalhadores, usuários, intelectuais e docentes com a gestão de sistemas e serviços de saúde locais para traçar estratégias adequadas ao enfrentamento efetivo dos problemas, agrupando as ideias de todos e de cada um, levando em conta, a atenção e a gestão do sistema no seu modo de operar, na sua produção e no papel de cada profissional. Ainda segundo o autor (CECCIM, 2004), para se produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção,

[...] é fundamental que sejamos capazes de dialogar com as práticas e concepções vigentes, problematizá-las – não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe – e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos de atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde (CECCIM, 2004, p. 165).

Ceccim e Feuerwerker (2004) apresentam para a Educação Permanente a proposta de operar o Quadrilátero da formação,¹¹ que preconiza a interação entre os componentes da formação, da atenção, da gestão e do controle social. Para a análise da educação dos profissionais de saúde, ressalta a necessidade de mudar a composição hegemônica tradicional (biologista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes).

Sobre a análise das práticas de atenção à saúde, os autores discutem a construção de novas práticas de saúde, considerando os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico. No que tange a análise da gestão setorial, refletem sobre a importância de que a rede de serviços seja configurada de modo criativo e original, considerando-se a avaliação da satisfação dos usuários. Em relação à organização social, a proposta do quadrilátero destaca o reconhecimento da presença e importância dos movimentos sociais na promoção de uma visão ampliada das lutas por saúde, assim como, na construção do atendimento às necessidades sociais por saúde. Para os autores, para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em saúde precisamos nos libertar do sujeito que somos, nos deslocar dos padrões de subjetividade hegemônica e nos tornarmos sujeitos ativos das cenas de formação e trabalho. Isto porque, os eventos e atos destas cenas concretas nos produzem diferenças, nos afetam, nos modificam e nos colocam em permanente produção. O permanente é o aqui-e-agora, diante de problemas reais, pessoas reais e equipes reais, sendo este o desafio ambicioso da Educação Permanente em saúde (CECCIM e FEUERWERKER, 2004).

Segundo Ceccim (2005), com o objetivo de disseminar a capacidade pedagógica por toda a rede do SUS, no sentido de tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, foi articulada a proposta da educação permanente, que se transformou em política pública em 2003. Essa política pública criou um novo “dispositivo” no SUS, o Pólo de Educação Permanente em Saúde, cuja implantação articulou 1.122 entidades, segundo as bases

¹¹ Ver CECCIM, Burg Ricardo, FEUERWERKER C. M. LAURA. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1): 41- 65 2004.

locorregionais com que se organizaram, cumprindo o art. 14, da Lei Orgânica da Saúde (CECCIM, 2005). Os Pólos foram criados para que os diferentes atores pudessem propor e promover ações, operar mudanças, traçar novos caminhos, provocar o protagonismo e identificar a interação de indivíduos, coletivos e instituições, foram extintos em 2007, quando foram criadas as comissões interinstitucionais de ensino e serviço, no contexto de implementação do pacto pela saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), a Educação Permanente em Saúde apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão, e as instituições formadoras (BRASIL, 2004).

Considerando que a Educação Permanente apresenta uma metodologia mais voltada para os serviços e profissionais de saúde, com foco na organização dos serviços e/ou mudanças nas práticas de saúde. Percebemos que em relação à formação para o controle social no contexto dos conselhos de saúde, a discussão sobre a Educação Permanente não se apresentou tão fortemente. Em particular, no que diz respeito às adequações metodológicas e temáticas que este espaço de atuação exige, quando colocado o desafio da aprendizagem significativa e da reflexão sobre o processo de trabalho, uma vez que a atuação nos conselhos encontra-se mais direcionada para as questões relacionadas às políticas da saúde, estando mais distante do cotidiano do sistema e das questões vinculadas ao contorno laboral inerente aos serviços e profissionais de saúde.

4.3. CENÁRIO E QUESTÕES ATUAIS SOBRE A FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE.

Com o objetivo de buscar e destacar as questões atuais referentes à formação de conselheiros de saúde consideramos importante mencionar a segunda diretriz do relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), realizada em dezembro de 2011, que propõe ações claras e objetivas no sentido de consolidar a formação de conselheiros. Nesta

Conferência, intitulada "Gestão participativa e controle social sobre o Estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS", os delegados aprovaram cinco questões relacionadas à formação de conselheiros de saúde:

- 1) regulação, criação e ampliação de cursos em todos os níveis de formação na área de saúde (item 18);
- 2) implantação do Plano Nacional de Educação Permanente para os conselheiros de saúde e líderes comunitários, criando componente de custeio. O plano deve ser desenvolvido em parceria com instituições formadoras e certificadoras, utilizando diversas estratégias, incluindo educação à distância (item 23);
- 3) inclusão na grade curricular do Ensino Fundamental I e II e Médio de conhecimentos básicos sobre o SUS e o Controle Social (item 27)
- 4) implementação da Política Nacional de Educação Popular, criando as comissões estaduais e promoção de campanhas educativas de prevenção, promoção à saúde e de conscientização sobre o SUS, utilizando-se dos diversos meios de comunicação (item 29).
- 5) inclusão de informações sobre cidadania e controle social do SUS no currículo escolar, visando a conscientização sobre a importância do controle social, a formação sobre direitos e deveres perante o SUS e a importância da participação popular (item 35).

Como vimos, a formação de conselheiros de saúde tem sido trabalhada por iniciativa do Conselho Nacional de Saúde, dos conselhos estaduais e municipais. Em sua grande maioria a formação tem sido realizada através de oficinas de capacitação com carga horária diversificada, de acordo com as solicitações feitas, com os programas dimensionados pelas instituições de Ensino, ou mesmo pelo próprio município em parceria com o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde. Encontramos também algumas instituições de ensino que tem trabalhado com formação de conselheiros na modalidade de Educação a Distância (EAD), a qual permite que o aluno crie seu próprio horário para estudar. Geralmente as aulas são realizadas em ambientes de aprendizagem virtual, pela internet.

A Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) desenvolveu um programa de formação idealizado pela Secretaria Geral da Presidência da República, fruto de parceria e da articulação com o Projeto Democracia Participativa (PRODEP) e com a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP). O programa teve como objetivo contribuir para a formação de conselheiros dos conselhos nacionais de políticas públicas, de gestores e técnicos do governo

federal que trabalham em instituições participativas e de representantes de organizações da sociedade civil de abrangência nacional. Tal estratégia visou criar um espaço de troca de experiências relacionadas à participação social e à democratização da gestão do Estado, oferecendo cursos de pós-graduação à distância para a capacitação de conselheiros que atuam no âmbito do governo federal, no ano de 2010. Este critério, por si só, institui uma linha de corte elitizada, tendo em vista a distribuição do nível de escolaridade na população, na qual pessoas com 25 anos ou mais têm em média 7,4 anos de estudo, sendo que apenas 9,5% das pessoas desta faixa etária possuem nível superior completo (IBGE, 2009). Isto sem considerar as dificuldades de acesso e uso de meios digitais por parte da população, constrangimentos colocados à seleção e permanência de alunos nesta modalidade de ensino à distância.

Recentemente, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Fiocruz), em parceria com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SEGEP/MS), desenvolveu o Curso de Informação e Comunicação em Saúde para o Controle Social, voltado para conselheiros municipais, estaduais e nacionais de saúde, na modalidade de ensino à distância, iniciada no 1º semestre de 2013, como parte do Programa de Inclusão Digital (PID). O programa surge no âmbito da Comissão Intersetorial de Comunicação e Informação em Saúde (CICIS) do CNS, cuja função é assessorar o conselho em temas que buscam a democratização da comunicação e da informação, em parceria com a SGE/MS, contando também com a cooperação do Comitê de Acompanhamento do PID/CNS.

O PID foi realizado para abranger todo o país e procurou resgatar uma demanda histórica sobre a importância da comunicação e da informação para o controle social, cuja finalidade é contribuir para que os conselheiros de saúde se apropriem de informações e adquiram habilidades para a comunicação digital, indispensável ao exercício do controle social. São propostos três componentes para o programa: distribuição de equipamentos, conectividade e formação de conselheiros.

O Curso de Informação e Comunicação em Saúde para o Controle Social é a segunda etapa desse programa de formação, a primeira contou com a participação de 342 conselheiros de saúde de todo o país no curso ‘Saúde, Informação e Comunicação’, que ocorreu na modalidade presencial em diferentes turmas nas regiões brasileiras, envolvendo conselheiros nacionais,

estaduais e da plenária nacional, sob a coordenação da mesma equipe docente da ENSP, responsável pelo curso na modalidade de educação à distância (EAD)¹².

Iniciou-se, também no 1º semestre de 2013, a 1ª etapa do Curso Nacional de Qualificação de Conselhos de Saúde (QUALI CONSELHOS), cuja pretensão é qualificar 24 mil conselheiros de saúde com participação da Rede de Escolas e Centros Formadores. Essa nova formação visa orientar a prática técnico-política dos conselhos de saúde no Brasil, capacitando seus conselheiros nos temas: participação social, democracia, gestão, intersetorialidade e redes, distribuídas em três ofertas para os anos de 2012, 2013 e 2014, contemplando no total de três mil conselhos de saúde distribuídos em todo o país. Este curso pretende atingir as cinco regiões do país, as 27 unidades federativas e seus 5.565 municípios, inscritos no portal ParticipaNetSUS.

Os dois cursos citados, tanto o Curso de Informação e Comunicação em Saúde para o Controle Social, quanto o Curso Nacional de Qualificação de Conselhos de Saúde são cursos livres. Ou seja, os alunos não terão atividades obrigatórias com finalidade de avaliação, e a execução das tarefas propostas tem apenas a finalidade de exercitar o conteúdo repassado e despertar o interesse dos alunos. Em termos pedagógicos, consideramos que para apresentar resultados positivos esta modalidade depende diretamente da capacidade do tutor em manter o interesse dos alunos e instigá-los a buscar mais conhecimento. Em caso contrário, poderá ter um grande número de desistências, o que colocará em risco a qualidade, eficiência e eficácia da proposta.

¹²A Educação a Distância (CEAD), instância da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, foi criada em 1997 no intuito de subsidiar as políticas nacionais de saúde, por meio da formação de profissionais integrada ao processo de trabalho e, com isso, colaborar para a construção e consolidação do SUS. Em seus 16 anos de atuação, a CEAD/Ensp desenvolveu 40 cursos de formação nos níveis de extensão e especialização. Em 2013, 15 cursos já estão na fase de planejamento, 14 em execução ou com início previsto para o primeiro semestre e seis com previsão de início no segundo semestre. Dos 52.234 matriculados, 3.381 encontram-se em processo de formação e 33.660 já estão formados. As políticas públicas ligadas ao Ministério da Saúde, contempladas pelos cursos de formação são: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, Vigilância Sanitária, Impactos da Violência, Biossegurança, Controle e Assistência à Tuberculose, Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde, Educação Permanente em Saúde, Conselhos Tutelares e Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente, Vigilância Alimentar e Nutricional, Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade, entre outras¹². (CASTILHO, DUPRET, SANTOS & DESETA, 2013).

Como vimos várias são as iniciativas no sentido de estruturar a política de educação permanente para o controle social. Porém, as indagações que motivam este debate não se encontram respondidas nos programas de formação propostos, uma vez que não consideramos que esteja claro nas propostas apresentadas o lugar e a participação do conselheiro de saúde na definição dos conteúdos, das metodologias aplicadas e dos temas a serem trabalhados.

Enfim, se a educação permanente propõe uma participação ativa de todos os atores envolvidos no processo formativo, a formação de conselheiros que tem sido desenvolvida não tem expressado concretamente esta aposta, apesar de suas diferentes conformações e temáticas. Outra questão importante a ser tratada é até que ponto os cursos de formação/qualificação já realizados ou a realizar respondem positivamente à necessidade dos conselheiros de saúde, no sentido de prepará-los efetivamente para o exercício do controle social. Tais questionamentos são relevantes para que a formação de conselheiros não seja restrita a uma perspectiva instrumental de capacitação, conseguindo de fato tencionar as desigualdades que têm conformado a experiência participativa na saúde.

Nesse sentido, a análise das práticas existentes em grande parte dos conselhos demonstra que é preciso ir além de municiar os sujeitos com conhecimentos técnicos ou legislativos. É necessário buscar a transformação dos sujeitos e da cultura política local de modo a firmar o comprometimento dos conselheiros com os fins públicos do seu papel social e político. Isto porque, a atuação dos conselheiros traz consigo um amplo espectro de questões que precisam ser pensadas e formuladas no sentido da autodeterminação, uma vez que carregamos a cultura de uma história política repressiva e autoritária.

5- METODOLOGIA

5.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A palavra método vem do grego *methodos* e significa "caminho para chegar a um determinado fim". Logo, esta parte da dissertação apresentará os passos dados na pesquisa, o "*caminho percorrido pelo pensamento e pela prática exercida na abordagem da realidade*" (Minayo, 2012, p. 14)". Este tópico tem por objetivo expor nossa trajetória de pesquisa, a rota seguida, as idas e vindas utilizadas para produzir os dados de pesquisa e demonstrar os achados e as perspectivas relacionadas ao nosso objeto de estudo. Assim, nele procuramos justificar as escolhas metodológicas que nos nortearam neste caminho, incluindo os pressupostos metodológicos de nossa abordagem, os instrumentos de operacionalização do conhecimento e a criatividade do pesquisador (o método, as técnicas, a experiência, capacidade pessoal e sensibilidade do pesquisador).

Ainda em Minayo (2012) encontramos que qualquer pesquisa tem seu objeto na realidade social, uma vez que vincula pensamento e ação, trazendo no seu contexto toda riqueza de significados dela transbordante. Segundo a autora, "*o objeto das ciências sociais é histórico e essencialmente qualitativo*" uma vez que "*cada sociedade humana existe e se constrói num determinado espaço e se organiza de forma particular e diferente de outras*", de modo que "*a realidade social é a cena e o seio do dinamismo da vida individual e coletiva*" (p.12).

A abordagem qualitativa tem como interesse principal o significado conferido pelos atores às ações que desenvolvem e/ou desempenham o que constitui um nível de realidade difícil e complexo, não tão apropriado de ser quantificado. Trata-se do universo das aspirações, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes, ou seja, um universo subjetivo (MINAYO, 2012, p.21). Richardson (1999), tratando da abordagem qualitativa, nos ilumina com a seguinte menção:

Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais. Ressalta também que podem contribuir no processo de mudança de determinado grupo e

possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON, 1999, p. 80).

Ainda sobre pesquisa qualitativa, Teixeira (2005) concordando com Minayo, nos diz que:

Na pesquisa qualitativa, o social é visto como um mundo de significados passível de investigações e a linguagem dos atores sociais e suas práticas as matérias-primas dessa abordagem. É o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana, o objeto da abordagem qualitativa (TEIXEIRA, 2005, p.140).

Com a lupa da investigação sobre a formação de conselheiros de saúde, tivemos como ponto de objetividade, o fato, o fenômeno que é o próprio conselho e as atividades de formação. Já a explicação do porque estes acontecem dessa ou daquela forma é campo de articulação das variáveis presentes no objeto estudado, cujas explicações e interpretações buscamos desenvolver. Nesse sentido, justificamos a opção pela metodologia qualitativa para análise do nosso objeto de pesquisa.

Deste modo, a pesquisa aqui apresentada insere-se no campo da pesquisa social, com uma abordagem qualitativa que visa compreender questões decorrentes da relação entre a formação e a atuação dos conselheiros de saúde, membros titulares do Conselho de Saúde do município de Volta Redonda (CMS/VR).

A pesquisa desenvolvida buscou investigar a formação com o objetivo de analisar seus avanços, retrocessos e as contradições relativas ao fortalecimento do controle social no SUS, partindo do entendimento de que esta se conforma como um instrumento fundamental e estruturante na preparação de sujeitos sociais capazes de intervir na realidade, implementar mudanças de culturas e práticas nos espaços coletivos, construir novas relações, novas práticas e novos modos de fazer e pensar a saúde.

Inicialmente consideramos importante investigar também como a temática da formação está presente no conselho nacional e estadual de saúde, no sentido de buscar compreender como se dá o alinhamento e interação da formação de conselheiros nos três níveis de governo.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é formado por representantes dos estados brasileiros, está localizado no Distrito Federal, e é diretamente ligado ao Ministério da Saúde. Neste Conselho, buscamos informações sobre três itens que julgamos serem importantes para

nosso estudo: a) recursos financeiros disponibilizados ao Conselho Nacional de Saúde para atividades de formação no período de 2005 a 2012; b) Atividades de formação realizadas no período; e c) Material didático utilizado ou produzido no mesmo período. Estas questões se respondidas, poderiam acrescentar fortes componentes de análise ao nosso estudo. Infelizmente, a resposta à solicitação não possibilitou que nossa expectativa fosse correspondida, maiores detalhes serão apresentados nos resultados.

Quanto ao Conselho Estadual de Saúde (CES/RJ), este é formado com representação de conselheiros de saúde dos municípios que compõem o Estado do Rio de Janeiro. A inclusão do CES/RJ na pesquisa teve como finalidade buscar respostas sobre como é organizada a formação de conselheiros na instância estadual, responsável pela mediação entre as iniciativas e programas de âmbito nacional e os conselhos municipais. Nesse sentido, esperávamos: 1) constatar a existência ou não de diferentes práticas quanto à participação dos conselheiros de saúde na organização das atividades de formação; 2) buscar conhecer os critérios definidos para participação dos conselheiros nas respectivas atividades; e 3) conhecer as formas de divulgação das atividades programadas junto aos conselhos e conselheiros municipais.

Contudo, a extensão da pesquisa de campo com a realização prevista de entrevistas semi-estruturadas com conselheiros articuladores do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e com a secretaria executiva do CES/ RJ não foi possível porque o Conselho Estadual (CES-RJ) não se dispôs a abrir espaço para a realização desta pesquisa. Foram realizados dezoito contatos entre telefonemas, e-mails e visitas ao Conselho, sendo o primeiro no dia 18 de dezembro de 2012. A cada novo telefonema era sempre solicitado um novo e-mail que seria encaminhado à Comissão Executiva. Pelas informações repassadas num destes contatos fui informada que o pleno do conselho teria aprovado a pesquisa. No dia 21 de março de 2013 me foi solicitado que enviasse cópia do projeto, o que foi prontamente atendido, com o envio também de cópia do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No dia 05 de agosto, depois de vários telefonemas e e-mails e ainda sem nenhum retorno, fiz uma nova visita ao Conselho Estadual, onde me foi prometido um retorno positivo na semana seguinte, o que até o presente momento não ocorreu, motivo pelo qual as entrevistas com os articuladores regionais e secretários executivos não foram realizadas.

Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética da Escola Politécnica Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV e está registrado sob o Parecer nº 204.572, CAAE: 12870413.4.0000.5241.

Composição do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda

As entidades representadas no Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, por segmento, são:

Segmento dos gestores: Secretaria Municipal de Saúde; Instituição de Desenvolvimento, Estudos, Ações e Implementações – IDEAIS; Hospital São João Batista; Hospital Municipal do Retiro; UNIFOA.

Segmentos dos Profissionais de Saúde: Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO; Conselho Regional de Técnicos em Radiologia; Conselho Regional de Serviço Social – RJ e Sindicato dos Funcionários Públicos Municipais da Prefeitura Municipal de Volta Redonda).

Segmento dos Usuários: Sindicato dos Técnicos de Segurança do Trabalho do Estado do Rio de Janeiro – SINTSSERJ; Igreja Metodista do Brasil; Mitra Diocesana; Sindicato dos Trabalhadores da Construção Civil de Volta Redonda; Federação das Associações de Moradores de VR – FAM; Diretório Acadêmico Paulo Mendes – DAPAM /UNIFOA; Associação dos Ostomizados de Volta Redonda; Lar Pedacinho do Céu – Casa do Dependente Químico; Instituto para o Desenvolvimento Educacional; Artístico e Científico – IDEAC; Sindicato dos Metalúrgicos do Sul Fluminense).

Para melhor delineamento da nossa pesquisa seguimos as três etapas propostas na metodologia qualitativa, quais sejam: fase exploratória; fase de trabalho de campo; fase de análise e tratamento do material coletado - resultado (MINAYO, 2012). No tópico seguinte narramos os procedimentos metodológicos realizados nestas três etapas.

5.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo de caso foi desenvolvido obedecendo as etapas acima mencionadas, cujos passos e procedimentos serão descritos aqui, bem como os critérios e escolhas metodológicas que definiram o desenho de nosso estudo.

5.2.1 – Fase exploratória – Nesta fase nos dedicamos a: eleger e delinear estratégias de sensibilização dos sujeitos da pesquisa; b) montagem do instrumento; c) Pré-teste do instrumento (questionário); d) Levantamento dos documentos relacionados à formação de conselheiros; e) Listagem dos tópicos de análise das atas.

a) Das estratégias de sensibilização dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Os sujeitos são: Secretário de Saúde – SMS/VR e conselheiros de Volta Redonda – CMS/VR, Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – CES/RJ e Conselho Nacional de Saúde – CNS. A estratégia pensada foi a elaboração e encaminhamento de carta (anexos I, II e III) a cada um dos conselhos (municipal, estadual e nacional), contendo as seguintes solicitações: Conselho Municipal de Volta Redonda (CMS-VR) e Conselho Estadual de Saúde (CES-RJ) , solicitação de agendamento para apresentação do projeto de pesquisa e pedido de autorização para acesso às informações e solicitação de documentos. Conselho Nacional de Saúde (CNS), solicitação de informação quanto aos recursos financeiros disponibilizados ao CNS para atividades de formação de conselheiros de saúde no período de 2005 a 2012; Atividades de formação realizadas no período mencionado e material didático utilizado e/ou produzido no mesmo período.

b) Da montagem do instrumento de pesquisa (questionário).

A montagem do questionário (anexo IV) contemplou perguntas abertas, fechadas e de múltipla escolha e abrange as seguintes dimensões: 1) dados pessoais; 2) sobre a representação e atuação no conselho de saúde; 3) sobre as atribuições e competências do

conselho de saúde e dos conselheiros e 4) questões relacionadas à capacitação dos conselheiros de saúde para o exercício das atividades no CMS.

Os itens 1, 2 e 3, que relacionam dados pessoais dos conselheiros, atuação no conselho e atribuições do conselho e dos conselheiros, compõem informações importantes para a elaboração do perfil dos conselheiros de saúde de Volta Redonda. Os dados colhidos demonstram faixa etária, gênero, escolaridade, grau de participação política, tempo de participação, segmento, atribuições, dentre outros itens e foram utilizados aqui neste estudo para cruzamento de informações e elaboração de análises comparativas. Buscamos em particular levantar qual a participação por segmento nas atividades de formação; conhecer as entidades representadas no conselho de saúde de Volta Redonda, os critérios de escolha utilizados pelas entidades representadas na indicação dos conselheiros de saúde; as atribuições do conselho e dos conselheiros, as dificuldades encontradas pelos conselheiros na sua atividade de conselheiro.

O item quatro buscou respostas sobre o objeto principal deste estudo, a formação de conselheiros, com a intenção de identificar se o conselheiro já participou de alguma atividade de formação/capacitação de conselheiros, qual o tipo de participação (se como aluno ou como organizador do evento) e quais são suas sugestões de temas. Nosso objetivo com esses tópicos foi responder as seguintes indagações: A política de formação de conselheiros disponibilizada pelo Conselho Nacional e Ministério da Saúde é conhecida pelos conselheiros? As atividades de formação desenvolvidas buscam formar quem? Para quê? Como? Quem organiza as atividades de formação de conselheiros? Quem demanda? Qual o lugar dos conselheiros de saúde nestes processos formativos? Quem define os temas a serem trabalhados nas atividades de formação? De quais concepções de formação estamos falando?

Ainda no item quatro, buscamos conhecer os desafios encontrados pelos conselheiros de Volta Redonda em relação à formação, o que nos possibilitou compreender se estes ocorrem de forma isolada, somente no município de Volta Redonda, se têm também alguma relação com outras instâncias do Estado e da Federação ou, se ocorrem por dificuldades individuais.

c) Do pré-teste.

O pré-teste foi aplicado pela própria autora na sede do conselho de VR. Trabalhamos com três critérios para escolha dos participantes: paridade, ter sido conselheiro de saúde em gestões anteriores e ou membro suplente na atual gestão, desde que o seu titular estivesse em condições de participação ativa.

Observados os critérios estabelecidos e consultando a listagem dos conselheiros da gestão anterior, foi realizado contato telefônico para os ex-conselheiros até chegarmos ao total de quatro, obedecendo ao critério da paridade. Ou seja, um gestor, um profissional de saúde e dois usuários. O local, data e hora de realização do pré-teste foi definido em comum acordo entre os participantes. Na data e horário agendado e estando todos os presentes no local, após o esclarecimento do objetivo do teste, que foi de avaliar o instrumento em relação à objetividade e clareza das questões elaboradas e tempo de duração, iniciamos a distribuição do instrumento e combinamos que qualquer dúvida em relação às questões apresentadas deveria ser sanada antes que as respostas fossem marcadas. Acertamos também que todos deveriam permanecer até o final para avaliação do instrumento, o que se realizaria tão logo o último entregasse seu formulário com as questões respondidas. Iniciamos a marcação do tempo às 15h42min (quinze horas e quarenta e dois minutos), já nos primeiros minutos, dois participantes quase que instantaneamente pediram esclarecimento sobre o item 1.5 que trata da área de atuação. A dúvida era se o que eu queria investigar neste item incluía ou não o conselho de saúde, após a orientação de que se tratava de outros níveis de participação ‘além do conselho de saúde’, os participantes deram prosseguimento aos trabalhos. O primeiro formulário foi entregue onze minutos após a distribuição e o último vinte e quatro minutos depois. Cabe ressaltar que a variação do tempo observada no pré-teste se confirmou na aplicação do instrumento posteriormente.

Durante a avaliação, os participantes se expressaram sobre as questões de forma a referendar sua formulação, com exceção do item 1.5 em que as dúvidas levantadas retornaram para a discussão com posicionamentos diferenciados: uma posição contrária a

alteração do texto, justificando que a dúvida surgiu porque a questão não fora totalmente lida ou por falta de atenção na leitura uma vez que todos ali sabiam que o motivo para se tornar conselheiro é atuar em outra entidade ou movimento que os indicaram como conselheiro. A posição favorável à alteração se justificou pelo fato de que o conselheiro pode não se lembrar do critério para ser conselheiro na hora do preenchimento e que a questão deve ser tão clara que não paire nenhuma dúvida. A posição alternativa foi a de que ‘se a alteração’ não vai prejudicar a questão, então deveríamos assumir a inclusão do texto ‘além do conselho’. A partir de então a questão 1.5 passou a ter a seguinte redação: *Área de atuação – Além do Conselho de Saúde* – de que outras entidades, associações ou movimentos você participa.

d) Da pesquisa documental

A pesquisa documental foi realizada *in loco*, na Secretaria do Conselho Municipal de Saúde de VR, os documentos foram disponibilizados após a autorização dos conselheiros e constou de: leitura das atas referentes ao período de 2005 a 2012; levantamento dos documentos que continham alguma informação sobre atividades de formação (memos com solicitação de diárias de viagem, veículos, local para sediar atividades, certificados, entre outros); e material didático construído e/ou arquivado no conselho. Esta pesquisa ocorreu no período de julho a outubro do corrente ano, com carga horária de oito horas semanais.

Leitura das atas - foram lidas e analisadas todas as atas de reuniões no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2012, totalizando cento e vinte (120) atas. Na leitura buscamos identificar discussões em torno da política de formação de conselheiros, incluindo participação na organização, discussão da metodologia a ser aplicada, definição de temas, critérios para indicação de conselheiros para participarem das atividades de formação organizada por órgãos externos (Tribunal de Contas da União - TCU; Tribunal de Contas do Estado - TCE; Conselho Nacional de Saúde; Instituições de Ensino, entre outros).

Levantamento de documentos - inicialmente listamos todos os documentos encontrados e mapeamos aqueles encaminhados à Secretaria de Saúde local solicitando

pagamento de diárias e/ou transporte e alimentação para os conselheiros convidados e candidatos a participarem dos cursos/oficinas de capacitação/formação de conselheiros de saúde no município. Registramos estas informações em planilha Excel, com filtro, contendo colunas específicas para: data da atividade, objetivos, organizadores, local, participantes, material didático, fonte, metodologia, resultado.

Material didático – o objetivo inicial foi de localizar material para identificar as linhas pedagógicas relacionadas, que ajudassem a compreender melhor os objetivos e linhas metodológicas das atividades de formação realizadas. Separamos *folder*, cadernos com relato das atividades, relatório de atividades, pastas / participantes, apresentação em *Power point*, manual do conselheiro gestor, caderno saúde na área. Depois de separado o material, ordenamos por ano e planilhamos. Este material levantado não viabilizou a análise do material didático pensada, uma vez que constavam apenas de *folder*, programação, relatórios e outros que não especificavam a metodologia utilizada.

5.2.2 – Trabalho de campo

Esta é a fase da concretização, a hora de colocar em prática a nossa experimentação. Logo, estão registradas nesse item as seguintes ações: a) O encaminhamento das cartas ao conselho de saúde dos três níveis de governo; b) Apresentação do projeto no Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda; c) Visita à Coordenação de Educação à Distância (EAD – FIOCRUZ); d) Pesquisa documental; e) Aplicação do questionário.

a) **O encaminhamento das cartas ao conselho de saúde dos três níveis de governo:** As cartas foram encaminhadas aos três conselhos através de e-mail no dia 18 de dezembro de 2012 e confirmado o recebimento através de contato telefônico no mesmo dia. O CMS-VR respondeu também por carta no dia 4 de fevereiro de 2013, agendando a apresentação solicitada para o dia 6 de fevereiro do mesmo ano.

Em relação ao Conselho Estadual de Saúde, do dia 18 de dezembro até o dia 13 de setembro, foram feitos dezoito contatos por e-mail, telefone e visitas à sede do conselho, no sentido de viabilizar sua participação na pesquisa. Porém, não obtivemos sucesso.

O Conselho Nacional, através da assessoria técnica, encaminhou e-mail no dia 04 de fevereiro de 2013, com a seguinte resposta:

“Em atenção a sua solicitação informamos que o material para sua pesquisa e busca de dados você poderá encontrar junto com a própria FIOCRUZ que geralmente faz esses cursos em parceria com os Conselhos de Saúde, como também a Universidade Federal de Minas Gerais que vem realizando esses cursos e inclusive lançou uma publicação sobre a “Participação e Controle Social nas Políticas Públicas” (autores: Angélica Bezerra de melo, Anderson Silva Lima, José Leonardo Ribeiro e José Magalhães de Souza). Acredito também, que os demais Conselhos de Saúde, ajudará na sua pesquisa. Segue anexa a Política de Educação Permanente para pesquisa. Consultar também os sites dos Conselhos, em especial em suas atas que está disponível para o público, pois assim você terá conhecimento de todas as deliberações do Conselho no período estudado. Com relação aos recursos financeiros poderá buscar informações no site do CNS no link prestações de Contas que tem o valores disponibilizados para as ações, porém não estão detalhados por tipo de evento. Pesquisar também na Lei de Diretrizes Orçamentária, no Plano Nacional de Saúde como também na Programação Anual de Saúde e nos Relatórios de Gestão do período estudado, junto aos Conselhos”.

Com relação aos recursos financeiros disponibilizados ao Conselho Nacional de Saúde para formação de conselheiros, me chamou a atenção o fato do CNS não ter aventado a possibilidade de disponibilizar esse dado planejado, ano a ano. Duas perguntas me instigam, será que o CNS não tem esse controle em mãos? Por algumas vezes insisti em localizar essa informação nas fontes informadas. No entanto, me faltaram conhecimentos técnicos na área contábil e financeira para poder compreender as informações ao ponto de conseguir estratificar minha busca, fato pelo qual não foi possível fazer a articulação entre os três níveis combinando o investimento com as atividades de formação realizadas, ficando sem respostas as perguntas: Quanto custa a formação de conselheiros de saúde? Qual é o investimento nesta área?

b) Apresentação do projeto no Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda: a apresentação ocorreu na data agendada, no início da reunião. A duração foi de 30(trinta) minutos

e foram utilizados slides em *Power point*, após a aprovação da inclusão na pauta do pedido de autorização para a pesquisa, a pesquisadora se ausentou para que os conselheiros ficassem a vontade para discutir e deliberar sobre o assunto. Os conselheiros demonstraram muito interesse e motivação para a realização da pesquisa.

c) Visita à Coordenação do EAD / FIOCRUZ: essa visita foi solicitada por e-mail à Coordenação de Educação a Distancia, EAD/FIOCRUZ com o objetivo de conhecer um pouco mais a montagem e organização dos cursos de EAD em andamento. Na conversa com a pesquisadora Elomar fui informada que a montagem dos cursos de EAD começa no momento em que a demanda chega à coordenação. A partir daí se reúnem demandantes e profissionais com expertise na área, que através de metodologia própria constroem objetivos, conteúdos a serem trabalhados, metodologia e materiais didáticos.

d) Pesquisa documental: o objetivo principal deste trabalho foi de buscar e organizar a fonte de registros oficiais que comprovam de forma documental os dados levantados. A maior dificuldade encontrada foi em relação ao arquivamento dos documentos do conselho, os documentos mais antigos ficam numa sala da Secretaria de Saúde, junto com documentos de outros vários setores. Neste local não existe um profissional arquivista, logo, a ordem em que os documentos são colocados neste espaço não segue nenhuma orientação, organização e/ou norma técnica. Quanto à leitura das atas do período de novembro de 2004 a agosto de 2010, estão registradas manualmente no livro de nº 04. A partir de setembro de 2010 encontram-se digitalizadas. Ambas as formas de registro mantém o mesmo formato, os textos são bastante sucintos, e registram: entidades presentes apresentam a pauta e deliberam sobre a mesma, aprovação da ata anterior e informes. Nos informes aparecem informações como dia, hora e local do evento e nº de vagas disponibilizadas ao Conselho.

e) Aplicação do questionário: o Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda - RJ conta com 24 conselheiros que atuam como membros efetivos, sendo seis (06) representantes do

segmento Gestor, incluindo prestadores; seis (06) representantes do segmento profissionais de saúde e doze (12) representantes dos usuários. Os questionários foram aplicados pela autora do projeto em dias de reuniões do conselho antes do início ou no término das mesmas, respondidos individualmente pelos conselheiros, no período compreendido entre abril e julho do corrente ano. Os conselheiros que não conseguiram chegar um pouco antes das reuniões e/ou não puderam permanecer um pouco mais para responder o questionário, tiveram a oportunidade de escolher outro dia, hora e local para preenchimento. A maior dificuldade foi conciliar a carga horária de trabalho da autora (40 horas semanais), no Rio de Janeiro com a disponibilidade de tempo dos conselheiros, na maioria dos casos foram utilizados finais de semana e feriados.

5.2.3 – Análise e tratamento dos dados

Para análise documental, foi elaborada planilha Excel com colunas específicas para cada item: data da atividade, tipo de atividade, objetivos, organizadores, local, participantes, material didático, fonte, metodologia. Esse resultado nos permitiu analisar e comparar os dados quantitativamente, assim como, nos permitiu efetuar os cruzamentos necessários à análise qualitativa. Como exemplo da aplicação dos cruzamentos possibilitados pela planilha citada, pinçamos a coluna Tipo de atividade que podem ser filtradas por nível de governo (municipal, estadual e nacional) que organizou a atividade e quantifica-las, obedecendo aos critérios de separação em colunas, conforme se segue: 1- cursos de curta duração e curso à distância; 2- Outras atividades considerando: encontros; feiras; fóruns; congressos; oficinas; seminários; conferências; roda de conversa; plenárias; Visitas com a finalidade de conhecer outras experiências.

A escolha desse programa se deu por ser uma ferramenta que a autora domina tecnicamente e que possibilita o filtro das informações facilitando os cruzamentos para análise dos resultados. Os dados coletados foram apresentados no formato de texto contendo a descrição das análises elaboradas pela autora, gráficos demonstrativos e tabelas explicativas.

6 – RESULTADOS

6.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA: PERFIL DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE.

A pesquisa foi realizada com os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda – RJ, que conta com 24 conselheiros atuando como membros efetivos e respectivos suplentes. Essa composição obedece ao critério da paridade, sendo: seis (06) representantes do segmento Gestor, incluindo prestadores; seis (06) representantes do segmento profissionais de saúde e doze (12) representantes dos usuários. Participaram da pesquisa apenas os membros efetivos ou suplentes que estão efetivamente substituindo o titular. Destes 21 conselheiros participaram da pesquisa, respondendo ao questionário apresentado, conforme gráfico abaixo.

GRÁFICO 1 – PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA



Cabe ressaltar que este resultado representa o total dos conselheiros que estavam efetivamente frequentando as reuniões no momento da pesquisa, uma vez que tanto o segmento dos profissionais de saúde, quanto o dos usuários encontravam-se com vacância de representantes, aguardando indicação das entidades para sua substituição. Assim, podemos considerar que todos os conselheiros com participação ativa no Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda participaram da pesquisa em questão.

a) Idade

Em relação à idade, a maioria dos conselheiros apresentou idade entre 45 a 55 anos, apenas cinco conselheiros se encaixaram na faixa etária entre 31 e 44 anos e encontramos cinco conselheiros na faixa etária entre 56 a 64 anos.

b) Sexo

Quanto à participação feminina, as mulheres representaram um terço do quantitativo de conselheiros pesquisados, totalizando sete mulheres, ao passo que o quantitativo de conselheiros do sexo masculino é de quatorze conselheiros.

A representação feminina é fortemente marcada no segmento gestor onde ocupa cinco das seis vagas. Nos segmentos profissionais de saúde e de usuários o sexo feminino ocupa apenas uma vaga em cada segmento.

Esse resultado nos chamou a atenção, principalmente quando o confrontamos com os dados do IBGE¹³ que demonstram um equilíbrio entre a população feminina e masculina em Volta Redonda, sendo a população masculina de 122.919 habitantes (47,67%) e a população feminina de 134.884 habitantes (52,33%). O desequilíbrio entre os sexos masculino e feminino revelado na composição do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, em nossa avaliação pode estar relacionado às dificuldades e discriminações vivenciadas pelas mulheres no que tange a atuação política e à cidadania e refletem padrões da cultura política tradicional. Por outro lado, o

¹³ censo realizado pelo IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, divulgado em 1º de dezembro de 2010.

fato do sexo feminino estar representado em grande maioria no segmento gestor poderia ser determinado por um fato constatado pela autora nos seus contatos cotidianos junto às secretarias municipais de saúde, onde se verifica predomínio da ocupação das mulheres nos espaços executivos dessas secretarias nos últimos anos. Sob este prisma, tal especulação não será objeto de análise neste estudo que pretende abordar com maior profundidade outras relações da realidade em foco.

c) Escolaridade

Sobre a escolaridade, no seu aspecto geral constatamos que a maioria dos conselheiros titulares do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda possui nível de escolaridade alto (nível superior incompleto e ou completo, especialização e mestrado). Entre os conselheiros com escolaridade de nível médio (completo ou incompleto) estão sete conselheiros do sexo masculino, dentre eles, um representando o segmento dos profissionais de saúde e seis representando o segmento dos usuários. Apenas um conselheiro representante do segmento dos usuários possui escolaridade correspondente ao ensino fundamental.

QUADRO 1

ESCOLARIDADE POR SEGMENTO

ESCOLARIDADE	GESTOR	PROF.DE SAÚDE	USUÁRIOS
MESTRADO	1	1	
ESPECIALIZAÇÃO	5	2	2
ENSINO SUPERIOR		1	1
ENSINO MÉDIO		1	6
ENSINO FUNDAMENTAL			1

O quadro acima ilumina a análise para o foco da desigualdade e desnível de escolarização e conhecimentos socialmente legitimados entre os segmentos, deixando evidente que o segmento

dos usuários apresenta um nível menor de escolarização em relação aos segmentos dos profissionais de saúde e em maior proporção em relação aos gestores. Esta situação nos remeteu à análise feita por Escorel e Moreira (p.230) em relação ao desconhecimento do papel dos conselhos e dos conselheiros, assim como nos levou a refletir que possivelmente as dificuldades e desafios decorrentes do cotidiano dos conselheiros podem estar associadas entre outras, à questão da desigualdade de saberes. Para os autores citados a regulamentação de âmbito nacional que busca abarcar a diversidade local é insuficiente, e os segmentos que participam dos conselhos ainda têm diferentes interpretações sobre o papel a ser desempenhado. No dia a dia dos conselhos, a dificuldade dos usuários parece ser maior, uma vez que estes não tem uma vivência tão próxima com os termos e vocabulários técnicos empregados na saúde, seja pelas siglas e códigos das doenças (AVC, AVE, isquemia, hematoma, deambular, nosocômio, neoplasias), ou pelos termos técnicos empregados na gestão da política de saúde (PPA, locorregional, demanda, Pólo, entre outros).

Essas questões relativas à atuação do segmento dos usuários se complicam quando a autoridade neles investida através da lei 8.142 não é suficiente para garantir a intervenção e interlocução com os serviços, com as políticas de saúde e com os sujeitos que compõem os demais segmentos.

Quando comparamos o nível de escolaridade com o sexo dos participantes da pesquisa, percebemos uma diferença que pode representar o esforço das mulheres no sentido de se qualificar para enfrentar os desafios colocados pela questão de gênero. Dentre os conselheiros que possuem escolaridade alta (nível superior incompleto e ou completo, especialização e mestrado), encontramos treze conselheiros, sete mulheres e seis homens. Todas as mulheres conselheiras se enquadram nos níveis de mestrado e especialização. Esse dado revela que o sexo feminino apresenta maior nível de escolaridade em relação ao sexo masculino, o que provavelmente está vinculado à questão mencionada anteriormente: O predomínio da ocupação das mulheres nos espaços executivos das secretarias de saúde desta região nos últimos anos, já que as mulheres de alta escolaridade são justamente as representantes do segmento dos gestores.

a) Profissões

As profissões mais representadas no Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda são: aposentado (4); médico (3); fisioterapeuta (3); enfermeiro (2), seguido de funcionário público (2).

O que chamou mais a atenção foi o fato de haver, sobretudo em todos os segmentos, representação de profissões da saúde, o que pode estar demonstrando a baixa visibilidade do controle social para os usuários e população em geral. Essa é uma discussão que precisa ser repensada no contexto do controle social institucionalizado, posto que a paridade almejada pode estar em risco, caso esse quadro continue em crescimento. Outra reflexão importante a ser feita sobre este aspecto é até que ponto uma determinação normativa pode assegurar o processo democrático, quando temos como horizonte cidadãos conscientes de sua responsabilidade social e conhecedores do seu papel em um Estado de direito democrático.

QUADRO 2 – PROFISSÕES RELACIONADAS A SAÚDE

PROFISSÕES RELACIONADAS À SAÚDE	GESTOR	PROF.DE SAÚDE	USUÁRIOS
Assistente Social	--	1	--
Dentista	--	--	1
Enfermeiro	2	--	--
Fisioterapeuta	--	2	1
Fonoaudióloga	1	--	--
Médico	3	--	--
Funcionário Público		2	
Técnico em química	--	--	1

Observando o quadro acima constatamos que um quarto dos conselheiros representantes do segmento dos usuários, no caso de Volta Redonda, são profissionais da área de saúde. Considerando que o espaço do Conselho é onde ocorrem as disputas políticas inclusive entre segmentos/coorporações e que em algum momento poderá haver uma disputa acirrada de projetos que envolva interesses contraditórios dos segmentos profissionais de saúde, gestores e usuários,

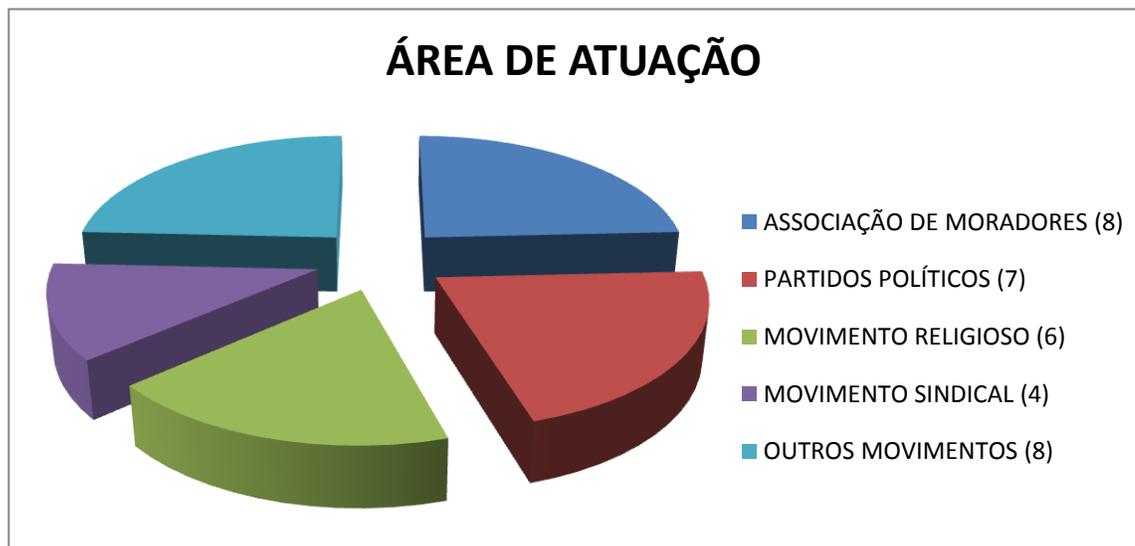
a paridade fica então ameaçada, uma vez que a representação do usuário poderá estar comprometida com perspectivas corporativas trazidas pelos profissionais de saúde.

6.2 - Área de atuação.

Neste item vamos apresentar os resultados relacionados à participação política dos conselheiros na sociedade e a sua atuação como conselheiro de saúde.

Pelo próprio caráter legal e institucional de representação nos conselhos de saúde, muitos conselheiros têm algum tipo de vínculo associativo, de filiação ou de associação a uma outra organização social, além da sua atuação como conselheiro de saúde. Dentre essas organizações sociais estão os sindicatos, associações e conselhos profissionais, associações de moradores, instituições religiosas, ONGs, diretórios acadêmicos, Federação das Associações de Moradores, Partidos Políticos, dentre outras, que conformam o tecido social organizado de Volta Redonda.

GRÁFICO 2
ÁREA DE ATUAÇÃO



Focando a área de atuação dos conselheiros de saúde, sob o ponto de vista dos segmentos sociais que compõem o Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, os dados revelaram que

a atuação do segmento que representa os usuários em associações de moradores, partidos políticos, movimentos religiosos, sindicatos e outros é muito maior em relação à atuação do segmento que representa os profissionais de saúde, que apresenta uma atuação bem menor, e em relação ao segmento que representa os gestores, com participação apenas em associações de moradores.

Uma das explicações para este dado pode estar relacionado à origem da representação, o segmento dos usuários, por exemplo, têm sua representação extraída a partir de outras entidades/organizações/instituições que formam o tecido social local, representando diversas matizes. Esse leque de instituições reforça a necessidade de atuação dos conselheiros em outros movimentos (Assoc. de Moradores, Federações, ONGs, Mov.Religiosos – Igrejas, Mov.de Mulheres, Leucopênicos, Partidos e outros), o que torna a disputa por representação ainda mais acirrada. Já quanto a participação dos profissionais de saúde, estes têm a origem da sua representação nas entidades de classe, sindicatos, conselhos e associações, que mesmo tendo disputas intensas conseguem buscar o consenso de forma menos traumática. O segmento gestor têm sua representação originada dos aparelhos de governo e prestadores de serviço, a disputa pela representação neste segmento também ocorre, porém, de forma mais camuflada. Esta discussão tem como base a experiência da autora como conselheira e gestora que por várias vezes participou de comissão organizadora de conferências municipais e estaduais, onde as disputas mencionadas se fazem presente em todo o tempo de realização.

a) Participação partidária.

Os dados demonstraram ser esta a segunda maior filiação em termos de participação social, dos componentes do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda. Sete conselheiros se declararam filiados a algum partido político, sendo que seis deles compõem o segmento dos usuários; ou seja, 50% (cinquenta por cento) do segmento tem atuação político-partidária. Os partidos citados foram o Partido dos Trabalhadores (PT), com três filiados, Partido Democrático Trabalhista, Partido Trabalhista Brasileiro e Partido Verde, com um filiado cada um.

Numa análise mais geral, para uma cidade com uma história política como Volta Redonda, o número de conselheiros que declararam filiação partidária parece inexpressivo se considerarmos o espaço do Conselho de Saúde como um dos lugares onde a disputa política com o governo deveria se dar de forma mais organizada e consistente. Cabe ressaltar que há mais ou menos uma década e meia observa-se na cidade um esfriamento político, tanto no movimento sindical, quanto nos partidos e movimentos sociais. As justificativas disto passam pelo afastamento por aposentadoria do bispo D. Waldyr (forte liderança política do local), clientelismo do governo municipal, entre outras práticas políticas intensificadas no contexto do neoliberalismo, que no caso de Volta Redonda foi extremamente devastador para o movimento social.

Retomando a discussão sobre filiação partidária o que nos chamou mais a atenção neste ítem foi o fato dos conselheiros que fazem parte do segmento gestor não terem declarado filiação partidária, sendo estes indicados por políticos/governantes, cuja filiação partidária é considerada como fator fundamental à sua eleição. A explicação para esse resultado pode estar na omissão desse segmento, no sentido de não expor sua filiação, ou pelo esvaziamento dos partidos políticos decorrentes do descrédito da população em relação à política partidária. Ou ainda, pela cooptação por parte do governo sobre estes, quando emprega e ou beneficia lideranças desfocando-as da militância política, na tentativa de melhorar a performance do governo junto à sociedade organizada. O quadro abaixo mostra que a cidade tem apresentado pouca mudança eleitoral, repetindo o mesmo prefeito ou seu representante há pelo menos 16 anos.

QUADRO 3 - PREFEITOS

PREFEITO	PARTIDOS QUE APOIARAM/APOIAM	PERÍODO
Wanildo de Carvalho	PDT	21 fev. de 1989 a 31 dez. de 1992
Paulo Baltazar	Frente popular (15)	1º jan. de 1993 a 31 dez. de 1996
Antonio F. Neto	PSB	1º jan. de 1997 a 31 dez. de 2000

Antonio F. Neto	PSB / PMDB	1º jan. de 2001 a 31 dez. de 2004
GothardoNetto	PV	1º jan. de 2005 a 31 dez. de 2008
Antonio F. Neto	PMDB	1º jan. de 2009 a 31 dez. de 2012
Antonio . Neto	PMDB	1º de jan. de 2013 a

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_prefeitos_de_Volta_Redonda

Entre outros fatores que corroboraram com o esvaziamento e desmobilização política da cidade de Volta Redonda podemos citar também a privatização da Companhia Siderúrgica Nacional - CSN nos anos 1990, com demissões em massa no seu quadro funcional, que somada aos efeitos da cooptação das lideranças por parte do governo municipal desmobilizou, desarticulou e esvaziou o movimento popular e sindical nos últimos anos.

O Partido dos Trabalhadores esteve a frente da Secretaria de Saúde de Volta Redonda no período de 1º de janeiro de 1993 a 31 de dezembro de 2004, retomando a mesma secretaria em 01 de janeiro de 2009 conduzindo-a até a presente data.

b) Participação em movimento religioso,

Dos vinte e um conselheiros que responderam a pesquisa, seis declararam participação em algum movimento religioso, dentre eles a Igreja Católica e Igreja Evangélica, citados por apenas dois conselheiros, os demais declararam a participação religiosa sem especificar a religião.

Este resultado também evidencia um enfraquecimento na representatividade da Igreja Católica em Volta Redonda, que no final da década de 1980 e início dos anos 90 tinha forte influência sobre o movimento popular e sindical caracterizado pela presença significativa de seus fiéis sob a liderança do Bispo Emérito D. Waldyr Calheiros.

Um fator importante de ser observado é que no item participação, o segmento dos usuários é responsável por quase todas as declarações de participação. Nesse sentido, Escorel e Moreira (2010) abordando os desafios da participação social em saúde, dizem que:

[...] ao lado do reconhecimento dessa massiva participação social há inúmeras críticas sobre a atuação dos Conselhos de Saúde no Brasil. E, que a novidade da participação social reflete-se também no desconhecimento do papel dos Conselhos e dos Conselheiros (ESCOREL E MOREIRA, In: Participação, Democracia e Saúde, 2010, p230).

Assim, para os autores mencionados, o grande dilema dos Conselhos seria a possibilidade de conseguir reinventar a democracia nesses espaços e dessa forma interferir efetivamente na política de saúde. Para eles, participar é definir a direção, conferir o sentido e o significado das práticas. No entanto, muito ainda há que se discutir quanto ao papel dos conselhos e dos conselheiros de saúde no sentido de resignificar a cidadania, as práticas democráticas e a atuação política dos sujeitos sociais que interagem politicamente na definição das ações e das políticas de saúde. Revisitar alguns conceitos como “cidadania/ cidadania regulada”; “democracia/democratismo”; “representação/representatividade”; “ética”; “participação”; “transparência”, entre outros e resignificá-los para que a prática política e o exercício da cidadania sejam mais eficazes e menos manipulados por outros interesses que não os da coletividade. A participação nos conselhos de saúde por si só já é um apelo, um chamado para a discussão destes temas, entretanto, as pautas extensas, o excesso de atribuições e a disputa política interna entre outros interesses, tem-se revelado impeditivos para sua efetivação. Obviamente que a mudança na prática política é algo complexo que exige ações constantes por longo prazo, uma vez que será necessário inserir elementos que possam intervir na sensibilização e conscientização do sujeito social, elemento fundamental à implementação de novas práticas. É como transformar o “homem velho”, no “homem novo” capaz de pensar no interesse comum em detrimento do seu interesse próprio. Mesmo reconhecendo que esse processo traz no seu bojo alguns conflitos e desconfortos, não podemos negar sua importância para maturação da democracia e dos processos democráticos, hoje carregados de vícios e inconformidades que na maioria das vezes apenas dão uma nova maquiagem à forma tradicional de “fazer política”, dando-lhe um ar mais juvenil.

6.2 – REPRESENTAÇÃO E ATUAÇÃO DOS CONSELHEIROS NO CONSELHO DE SAÚDE.

Dos vinte e um questionários aplicados, vinte conselheiros responderam a questão relacionada ao tempo de participação como conselheiro de saúde, apenas um marcou a alternativa não sei. Destes, onze conselheiros chegaram a partir do ano de 2010, o que demonstra que a maioria dos conselheiros encontrava-se recém-chegada a este espaço de participação e poderia apresentar dificuldades devido a isso. Possivelmente estes novos conselheiros apresentavam menor conhecimento e experiência em relação à complexidade da política de saúde, o que pode ter sido um grande dificultador na atuação daqueles conselheiros, pelos menos no início do mandato, uma vez que por maior que seja a sua experiência participativa, a complexidade inerente à política de saúde acaba sendo um entrave.

Os dez (10) conselheiros que passaram a compor o Conselho Municipal de Saúde a partir de 2011 representam uma renovação da representação. Essas mudanças normalmente coincidem com a realização das Conferências de Saúde, momento que há eleição para nova composição do Conselho. Logo, é uma renovação esperada e previsível o que possibilita um planejamento de ações que possa reduzir e ou amenizar as dificuldades relacionadas ao papel e atribuição dos novos conselheiros e do próprio conselho.

QUADRO 4 – TEMPO DE PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO.

PARTICIPAÇÃO DESDE	SEGMENTO		
	GESTOR	PROF.DE SAÚDE	USUÁRIOS
1990	01	--	--
2003	--	--	02
2006	--	--	01
2007	01	01	--
2008	--	--	01
2009	01	01	--
2010	--	--	01
2011	01	01	03

2012	--	02	02
2013	01	--	--

Os resultados apresentados em relação ao tempo de atuação dos conselheiros no conselho de saúde nos remete a repensar o processo de eleição dos conselheiros, principalmente se considerarmos que a elaboração e desenvolvimento de uma política de formação exige investimento político, financeiro e técnico e que quando o conselheiro adquire uma bagagem que pode contribuir com o melhor funcionamento do conselho chega uma nova conferência e novos conselheiros são eleitos.

A representação não é algo simples de ser vivenciado e discutido, implica em falar por alguém em determinado lugar sobre determinado assunto. Vários atores discutem o tema no sentido de compreendê-lo melhor, abordando as diferentes matizes. Segundo Labra (2010), a representação nos Conselhos de Saúde de modo mais geral é vista como uma representação política, mediante a qual um indivíduo ou grupo atua em nome de um conjunto maior de pessoas. Sobre a representação, a Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde estabelece em sua terceira diretriz, inciso III, que:

A participação de órgãos, entidades e movimentos sociais terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto da sociedade, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, serão contempladas, dentre outras, as seguintes representações: associações de pessoas com patologias; associações de pessoas com deficiências; entidades indígenas; movimentos sociais e populares, organizados (movimento negro, LGBT...); movimentos organizados de mulheres, em saúde; entidades de aposentados e pensionistas; entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; entidades de defesa do consumidor; organizações de moradores; entidades ambientalistas; organizações religiosas; trabalhadores da área de saúde: associações, confederações, conselhos de profissões regulamentadas, federações e sindicatos, obedecendo as instâncias federativas; comunidade científica; entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento; entidades patronais; entidades dos prestadores de serviço de saúde; e governo (BRASIL, 2012).

O inciso V da mesma resolução garante a possibilidade de as entidades que não estão incluídas no conselho tomarem parte nos mandatos seguintes, quando *“recomenda que, a cada eleição, os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, ao*

seu critério, promovam a renovação de, no mínimo, 30% de suas entidades representativas (BRASIL, 2012). Cabe ressaltar que as instituições representadas no Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda estão em conformidade com a Resolução 453/2012.

6.3 – SOBRE OS CRITÉRIOS DE ESCOLHA PARA PARTICIPAÇÃO NO CONSELHO DE SAÚDE.

As respostas formuladas pelos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda não evidenciaram uma discussão mais aprofundada de critérios estabelecidos para a composição do Conselho de Saúde. Essa questão está diretamente relacionada à representação/representatividade, sendo que percebemos que nos momentos de indicação do representante de determinada instituição, entidade ou movimento, na maioria dos casos, a escolha se dá por demonstração de alguma experiência, interesse na área de saúde, ou na participação social. Outro grupo de resposta é o de cunho pessoal, mais fortemente marcada no segmento dos profissionais de saúde.

Em nosso entendimento é fundamental enfrentar o debate sobre o significado do ato de representar e se fazer representar, principalmente na área da saúde, na qual os conselhos estão normatizados em todos os municípios brasileiros. Assim como, entender quem é este sujeito que participa como conselheiro, o que ele pensa individual e coletivamente, como se faz a sua participação e sobre quais condições ocorrem.

Outra questão importante a ser discutida é a inserção das entidades no conselho e seu envolvimento e ou comprometimento com a saúde da população e as políticas de saúde. Afinal, são elas que indicam seus representantes e são eles que têm a responsabilidade de discutir e deliberar sobre as políticas e ações de saúde nos três níveis de governo. Assim, faz-se necessário que as entidades representadas no conselho de saúde se proponham a incluir o tema saúde em suas pautas de reunião, de forma a propiciar ao seu representante uma apresentação rápida das discussões ocorridas no conselho, assim como, discuti-las mais profundamente quando for o caso.

Na maioria das vezes o que vemos é uma representação delegada pela instituição, sem nenhum comprometimento e/ou cobrança de como tem sido efetivada essa representação. Ou seja, não existe de forma visível um elo que faça a ligação em que o representante informa e presta conta de sua atuação àquele que representa. Esse representante fala, se expressa e decide em nome de alguém, no caso, em nome de uma instituição e deveria falar, se expressar e decidir como se fosse a instituição. Logo, esta deveria lhe dar munição suficiente para que sua posição fosse defendida de forma clara e eficaz. No entanto, na maioria das vezes, as instituições sequer tomam conhecimento dos debates que se travam nos conselhos de saúde.

Essa questão foi para a autora inicialmente um pequeno desconforto, uma vez que imaginava que a situação descrita era uma característica isolada da instituição a qual representava. No entanto, com o tempo começou a perceber que essa prática era comum entre os conselheiros e para sua surpresa poucos conselheiros demonstravam-se incomodados com a questão. Escorel e Moreira (2010) afirmam que no âmbito da representatividade há muitos aspectos a analisar na relação estabelecida entre representantes (conselheiros) e representados, afirmando que é preciso reconhecer a assimetria de poder entre os participantes dos Conselhos. Afirmam ainda que essa discussão é feita apenas pela ótica dos “incluídos”, uma vez que a participação em saúde está referida especificamente à ações e interesses dos indivíduos inseridos socialmente e organizados em movimentos e entidades.

6.4 – AS ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE E DOS CONSELHEIROS.

Sobre as atribuições e competências do Conselho Municipal de Saúde e atribuições dos conselheiros, todos os vinte e um conselheiros que responderam o questionário afirmaram por unanimidade conhecê-las. Logo, o resultado apurado é de que formalmente todos os conselheiros conhecem tanto as suas atribuições quanto às atribuições e competências do Conselho Municipal de Saúde.

As descrições das atribuições apresentadas demonstram que os conselheiros de saúde de Volta Redonda conhecem as suas atribuições, assim como as atribuições do conselho e as

descrevem conforme relacionadas na maioria dos documentos do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde. Entretanto, não conseguem no cotidiano de sua atuação como conselheiro estabelecer uma relação entre o descrito como atribuição e o tema democracia. Fato este que nos permite refletir criticamente sobre esses documentos que eles dizem conhecer e descrevem adequadamente. Uma explicação para esta situação pode estar relacionada à repetição incessante dessas atribuições sem que seja apresentada nenhuma reflexão interpretativa, ou mesmo, discussões mais aprofundadas sobre o tema.

Labra (2010), em seu artigo sobre a Política Nacional de Participação na Saúde reitera que aos Conselhos de Saúde foi atribuído um rol de competências extenso e crescente. A autora frisa que também fazem parte das incumbências dos colegiados numerosas tarefas, internas e externas, que sobrecarregam demasiadamente o trabalho dos conselheiros, consumindo-lhes a maior parte do esforço participativo, em detrimento dos debates substantivos, citando como atribuição principal dos conselheiros, deliberarem sobre a formulação de estratégias e a execução de políticas e programas (LABRA, 2010, p.189).

Com o objetivo de analisar as resoluções que tratam a questão da representação no período de 1992 à 2011, estudamos as resoluções 33/1992, 333/2003 e 453/2012 e observamos um crescimento significativo no rol de atribuições designadas aos conselheiros de saúde, que iniciaram com 15 atividades (RES. 33/1992), passando em seguida para 24 (RES. 333/2003), e chegando a 30 atribuições com a Resolução 453/2012.

Exercer todas as atribuições e competências atribuídas aos Conselhos e Conselheiros de saúde, sem nenhuma remuneração e ainda ter que dar conta do trabalho profissional, da convivência e responsabilidade familiar e dos compromissos sociais é de fato um grande desafio. Em que pese todas as nossas críticas e as que outros autores fazem à experiência da prática participativa nos conselhos de saúde, não podemos deixar de reconhecer a luta daqueles sujeitos sociais que, com erros e acertos, avanços e retrocessos, se propõem a participar e defender a saúde e a vida.

6.5-DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA EXERCER AS ATRIBUIÇÕES DE CONSELHEIRO.

Os dados demonstram que aproximadamente um terço dos conselheiros declararam dificuldades relacionadas ao cumprimento de suas atribuições em função do funcionamento do Conselho, com destaque para dificuldade de entender, compreender e fiscalizar o balancete financeiro.

Entender um balancete financeiro por si só já é um tema complexo que exige um mínimo de conhecimento e proximidade com a matéria, que é sobrecarregada de termos técnicos, pouco conhecidos para a maioria das pessoas. Entretanto, é uma atividade de fundamental importância para o entendimento da gestão e das ações da saúde, que requerem a compreensão de como e onde se gasta o dinheiro público, assim como, de onde vem os repasses.

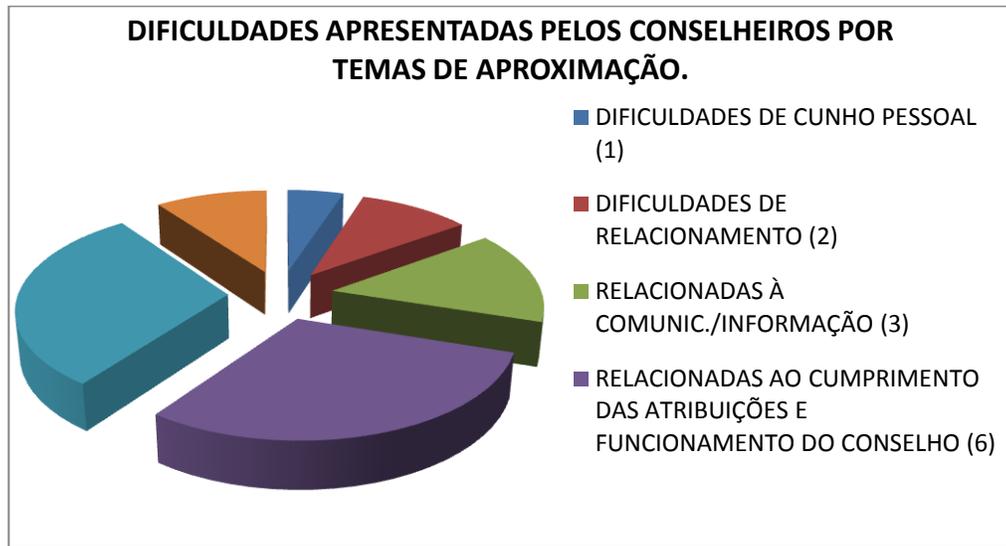
A dificuldade com a disponibilidade de tempo também incomoda parte dos conselheiros e foi apresentada como a segunda maior dificuldade. Em seguida, apresentam-se as dificuldades de comunicação e acesso à informação. As dificuldades de relacionamento e baixo reconhecimento social e institucional do papel do conselheiro também foram citados.

As dificuldades acima relacionadas são suficientes para desmotivar a participação, por maior que seja a consciência política dos representantes. Para vislumbrar as dificuldades e obstáculos podemos nos colocar no lugar de um conselheiro de saúde recém-chegado ao conselho. Entre outros temas tratados nestes espaços, a cada três meses delibera-se sobre a prestação de contas da Secretaria de Saúde. Neste caso, o conselheiro que não domina os temas trabalhados ocupa-se deles o dia todo e não tem tempo para estudar e aprofundar a questão. Usualmente, os técnicos que apresentam o balancete o fazem utilizando termos que não fazem parte do vocabulário da maioria dos conselheiros, com frequência sem demonstrarem a preocupação de se fazer entender. Ao final, o balancete é colocado em votação. O que fazer? Votar por votar? Seguir a maioria? Abster-se? O acúmulo de situações como esta fragiliza a atuação do conselheiro, aumenta o seu grau de insatisfação e desmotivação, podendo inclusive, facilitar a manipulação das informações.

Um dos grandes desafios nestas situações é fazer com que o técnico se coloque a serviço da transparência das informações e se disponha a facilitar a compreensão de temas técnicos, substituindo-os por outros termos de mais fácil compreensão e mais próximos da realidade das pessoas. Outro grande desafio é provocar e instigar conselheiros e técnicos no sentido de atuarem de forma complementar, de modo que cada parte seja respeitada e possa exercer a sua cidadania, seja como gestor, profissional / técnico da saúde ou usuário.

Em relação ao baixo reconhecimento social citado, tenho percebido no decorrer da minha militância na saúde e experiência profissional que alguns conselheiros demonstram uma expectativa de serem reconhecidos como autoridade. Entretanto, na contramão dessa expectativa, alguns profissionais se sentem pouco à vontade com a presença dos conselheiros em seus locais de trabalho, talvez por se sentirem vigiados e/ou controlados. Essa contradição acaba por criar certa animosidade e mal estar na relação entre ambos os segmentos. A expectativa por reconhecimento por parte dos conselheiros acaba por defrontar-se com doses de desdém de alguns profissionais de saúde, o que gera desconforto na atuação dos conselheiros. Por vezes também ocorrem situações em que o conselheiro no exercício de sua função tenta algum privilégio nos agendamentos de consultas e ou exames para si próprio e ou familiares e amigos utilizando-se de sua autoridade de conselheiro. Essa postura na maioria das vezes não é vista como negativa já que é resultante de uma cultura clientelista extensamente aceita nas relações políticas tradicionais.

GRÁFICO 3



Os dados encontrados reafirmam as dificuldades já pontuadas por autores estudiosos do tema, abordadas no capítulo 2.

Conciliar o rol de atribuições com um extenso calendário de reuniões (plenárias, comissões, oficinas, cursos, entre outros) nos três níveis de governo e dar conta das disputas políticas presentes nestes espaços de discussão, acrescidas da diversidade de temas que compõem as pautas de reuniões, revela-se uma tarefa improvável, mesmo se a participação fosse realizada com a dedicação exclusiva para a função, o que não ocorre. Principalmente, quando consideramos que a maioria dos conselheiros encontra-se em plena fase produtiva conciliando trabalho, vida pessoal e participação política, podemos deduzir o amplo leque de dificuldades e problemas encontrados na atuação dos membros do conselho.

Scorel e Moreira (2010), abordando a questão da representação e representatividade nos conselhos de saúde ressalta que “*a atividade de conselheiro é um trabalho no sentido mais profissional do termo: exige dedicação, carga horária, leituras e deslocamentos. Entretanto, mecanismos e situações de profissionalização dos conselheiros são extremamente criticados*” (SCOREL & MOREIRA, 2010, P.237). Lembram ainda os autores, que essas críticas são dirigidas aos representantes do segmento dos usuários, já que os demais conselheiros participam das atividades do conselho em seu horário de trabalho, como parte de suas atividades profissionais.

6.6 A PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS DE VOLTA REDONDA EM ATIVIDADES DE FORMAÇÃO.

a) Mapeamento das atividades de formação

Através da leitura das atas e dos documentos levantados verificou-se que os conselheiros de saúde de Volta Redonda participaram no período de 2005 a 2012 de setenta e oito (78) atividades de formação, sendo que sessenta e uma (61) delas foram organizadas por órgãos externos como: Tribunal de Contas da União – TCU; Tribunal de Contas do Estado - TCE; Abrasco; Conselho Nacional e Estadual de Saúde – CNS/CES-RJ. As demais, num total de dezessete (17), foram organizadas pela Secretaria Municipal de Saúde e/ou pelo Colegiado Intergestores Regional – CIR.

A participação aqui mapeada demonstrou claramente o baixo protagonismo do conselho e consequentemente dos conselheiros na articulação ascendente das atividades de formação. Ou seja, distante da expectativa de uma política de formação permanente que aposta na construção de um sujeito social ativo e participante, capaz de analisar a realidade e transformá-la através da sua intervenção articulada com outros sujeitos sociais, superando as dificuldades. Onde está este “sujeito” na construção desse tecido formativo desde o momento de preparação das atividades? A participação deles apenas como convidados apresenta certa dicotomia e até certo antagonismo com a política de educação permanente preconizada pelo CNS/MS.

Para a autora estas constatações, no caso de Volta Redonda, é motivo de grande preocupação, visto que para o contexto regional e estadual, tanto o Conselho Municipal de Saúde quanto a Política de Saúde implementada pela Secretaria Municipal de Saúde, são vistos como exemplos a serem seguidos. Para uma cidade que possui um quadro técnico propositivo, bem articulado e afinado com as políticas do Ministério da Saúde e com forte aproximação e presença de atores dos movimentos sociais organizados, parece inusitado a ocorrência desse fato, posto que os sujeitos envolvidos possuam uma bagagem de conhecimentos e experiências que poderiam ser facilitadores desse debate.

Para efeito deste mapeamento foram consideradas como atividades de formação todas aquelas organizadas pelos três níveis de governo, como: cursos de curta duração, cursos à distância, oficinas, seminários, encontros, feiras, fóruns, congressos, conferências, rodas de conversa, simpósios, visitas em outros locais para conhecer outras experiências, plenárias, entre outras, conforme planilha abaixo (pag.105).

LEVANTAMENTO DAS ATIVIDADES DE FORMAÇÃO REALIZADAS																	
ANO	DURAÇÃO	CURSOS										OUTRAS ATIVIDADES (Encontros; Feiras; Fóruns; Oficinas; Seminários; Congressos; Rodas de Conversa)					TOTAL/ANO
		PRESENCIAIS PROMOTORES/(Nº DE PARTICIPANTES)					À DISTANCIA PROMOTORES/(Nº DE PARTICIPANTES)					PROMOTORES/(Nº DE PARTICIPANTES)					
		MUNIC.	REGIÃO	UNIÃO	OUTROS	ESTADO	MUNIC.	REGIÃO	UNIÃO	OUTROS	ESTADO	MUNIC.	REGIÃO	UNIÃO	OUTROS	ESTADO	
2005	CURTA (DE 1 A 30 HS)			3 = (17)												3	
	MÉDIA (DE 30 A 50 HS)																
	LONGA (ACIMA DE 50 HS)																
2006	CURTA (DE 1 A 30 HS)											1=(4)	2=(2)	1=(24)	1=(5)	5	
	MÉDIA (DE 30 A 50 HS)												1=(1)		1		
	LONGA (ACIMA DE 50 HS)																
2007	CURTA (DE 1 A 30 HS)										1=(48)		4=(2)		1=(1)	6	
	MÉDIA (DE 30 A 50 HS)																
	LONGA (ACIMA DE 50 HS)																
2008	CURTA (DE 1 A 30 HS)	2=(25)									1=(24)	1=(24)	1=(1)		1=(4)	6	
	MÉDIA (DE 30 A 50 HS)																
	LONGA (ACIMA DE 50 HS)																
2009	CURTA (DE 1 A 30 HS)										1=(24)	1=(1)	3=(2)		4=(6)	9	
	MÉDIA (DE 30 A 50 HS)																
	LONGA (ACIMA DE 50 HS)																
2010	CURTA (DE 1 A 30 HS)	2=(27)									1=(24)	1=(13)	11=(3)	1=(24)	5=(4)	21	
	MÉDIA (DE 30 A 50 HS)																
	LONGA (ACIMA DE 50 HS)																
2011	CURTA (DE 1 A 30 HS)										1=(24)		3=(7)		3=(5)	7	
	MÉDIA (DE 30 A 50 HS)																
	LONGA (ACIMA DE 50 HS)							1=(1)								1	
2012	CURTA (DE 1 A 30 HS)										3=(24)		11=(8)		2=(2)	16	
	MÉDIA (DE 30 A 50 HS)																
	LONGA (ACIMA DE 50 HS)			3=(12)				2=(2)								5	
TOTAL DE ATIVIDADES POR MODALIDADE E ÓRGÃO QUE PROMOVEU:		4		6				3			8	4	36	2	17	80	

Fonte: Documentos(ofícios, memos, certificados, entre outros), arquivados no CMS-VR.

Ao analisar o nº de conselheiros participantes das atividades de formação realizadas no período estudado no mapeamento acima constatamos que um único conselheiro participou de cinquenta e seis, ora como único participante, ora acompanhado de outros conselheiros. Este fato demonstra fortes indícios de concentração de poder no Conselho, já que mesmo sendo disponibilizada uma única vaga, sua ocupação poderia ter ocorrido de forma clara e transparente possibilitando ampla discussão de critérios para seu preenchimento.

Explorando um pouco mais esse dado, constatamos também que essa concentração revelase ainda maior no período de 2005 a 2010, quando das cinquenta e uma atividades de formação realizadas, consta a participação do referido conselheiro em quarenta e seis. E, quando as atividades foram realizadas fora do Estado do Rio de Janeiro, esse mesmo conselheiro se fez presente na totalidade das atividades de formação desenvolvidas. Esse dado nos causou estranheza, primeiro porque apresenta uma evidente concentração do acesso em um único conselheiro, o que pode ser um indicador de que os critérios não foram clara e democraticamente estabelecidos e divulgados, com concentração das informações e da decisão no ato de escolha do participante. A partir de 2011, no período compreendido entre 2011-2012, das vinte e nove atividades realizadas, a participação desse mesmo conselheiro está registrada em dez atividades, com menor frequência em relação aos períodos anteriores, mudança essa que coincide com a realização da Conferência Municipal de Saúde em 2011, quando houve mudanças na composição do Conselho.

Este fato traz à tona alguns vícios e mazelas que não deveriam se fazer presente num processo democrático. Entretanto, a indefinição de critérios claros para ocupação das vagas disponibilizadas para as atividades de formação, a inadequação do fluxo de informação somado a pouca transparência das ações decorrentes do próprio conselho de saúde entre seus pares, acabam por facilitar tais situações.

c) Quanto aos objetivos das atividades de formação realizadas, material didático, metodologia e resultados.

Para essa análise, foi utilizada a mesma planilha referente ao mapeamento das atividades onde foram inseridas colunas específicas para objetivo da atividade, material didático, metodologia aplicada e resultados, entre outras, cujos resultados serão apresentados a seguir.

ANO	ATIVIDADES REALIZADAS	QUANTITATIVO DE ATIVIDADES COM DESCRIÇÃO DO OBJETIVO EXPLÍCITO	MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO	METODOLOGIA APLICADA	RESULTADO
2005	03	01	-----	02	02
2006	06	02	-----	01	01
2007	06	02	01	01	01
2008	06	02	01	03	-----
2009	09	04	02	01	-----
2010	21	03	03	02	01
2011	08	-----	-----	-----	-----
2012	19	03	-----	-----	-----
TOTAL	78	17	07	10	05

Fonte: documentos arquivados no conselho municipal de saúde de Volta Redonda.

As informações contidas na planilha acima foram extraídas dos documentos arquivados no CMS-VR para exemplificar o insuficiente registro das atividades programadas, de suas proposições, finalidades, material didático utilizado, metodologia aplicada e resultados alcançados, assim como, visaram conhecer o envolvimento dos conselheiros na organização e proposição das atividades de formação.

Os resultados levantados na planilha são coerentes com aqueles encontrados no questionário. Ou seja, confirmam que as atividades de formação realizadas são pensadas e elaboradas por atores externos ao conselho, sendo os conselheiros convidados a participarem de eventos formativos já definidos. Prática essa que caminha na contramão da perspectiva da educação permanente e do fortalecimento do controle social.

Acreditamos que as atividades têm direta ou indiretamente, explicitado ou não, um objetivo que justifica a sua realização. Porém, com registro nos arquivos do conselho

encontramos um número de atividades com objetivos claramente descritos muito aquém do esperado. Esses resultados demonstram uma grande fragilidade no processo organizativo das atividades de formação programadas e realizadas, quando o mínimo esperado é que tenham seu objetivo claro e amplamente conhecido pelos participantes do processo formativo.

Sobre o material didático utilizado foram consideradas pastas contendo *folders* e textos, slides para apresentação em *Power point*, cartilhas, cartazes, manuais, textos de referência, entre outros.

Em relação a metodologia aplicada, encontramos o registro de mesas temáticas; de discussão em grupo; leitura; técnicas participativas (estudo dirigido, plenárias, estudos de casos, construção de agenda de fortalecimento gerencial); debates temáticos; palestras; exposição de trabalhos; vídeos; atividades culturais - peças teatrais; rodas de conversa. Neste resultado verifica-se um processo bastante dinâmico e participativo que busca o envolvimento do participante no sentido de quebrar a monotonia e dar um maior dinamismo aos trabalhos. Não foram encontrados registros de problematização de situações vivenciadas pelos conselheiros.

No que tange aos documentos com resultados alcançados a partir de alguma atividade de formação, encontramos:

- Caderno de Síntese dos resultados por região, tendo como eixo as questões relativas à realidade de saúde e ao controle social nas regiões do Estado do Rio de Janeiro - 2007/MS; Relatório descritivo do processo de organização, realização e avaliação da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – CNST;
- Caderno de Divulgação e premiação das vivências de gestão desenvolvidas por equipes do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, Municipais e Serviços de Saúde, incluindo, instituições de ensino, organizações não governamentais, Conselhos de Saúde e movimentos sociais que participam ou participaram de vivência na formulação e desenvolvimento de práticas de gestão inovadoras e transformadoras.
- Oficina de Planejamento realizada e Plano de Trabalho estabelecido;
- Relatório final das atividades desenvolvidas;

- Manual do Conselho gestor, Regimento interno e Folder - Conselho Gestor de Unidade de Saúde Praticando a Gestão Participativa.

Numa análise geral, os itens refletem fragilidades estruturais na organização das atividades formativas no nível interno do conselho municipal de saúde de Volta Redonda, que precisam ser enfrentadas e resolvidas. Em parte, contudo, o enfrentamento dessas fragilidades encontra-se fora da governabilidade do conselho municipal, uma vez que a maioria das atividades é promovida por instituições externas (TCU, MP, entre outras). Porém, caso os conselheiros se apropriem desse debate podem intervir nas atividades formativas desenvolvidas pelo município e região, assim como, podem se fazer ouvir em outras instâncias (CES/RJ e CNS), assumindo sua participação ativa na organização dos eventos formativos desde a sua proposição.

Quanto às fragilidades internas ao conselho municipal de saúde de Volta Redonda, a pesquisa revelou que:

- a) As atividades formativas são incluídas nas pautas de reuniões como informes, quando deveria ser apresentado seu objetivo, programação, resultados esperados e critérios de escolha dos participantes;
- b) Não foi encontrado nenhum registro de que o conselheiro que participou de uma determinada atividade formativa tenha repassado seu conteúdo para os conselheiros não participantes;
- c) Não é visível a preocupação por parte dos conselheiros que participam das atividades formativas em trazer o material recebido para ser arquivado no conselho e servir de instrumento de pesquisa para os demais conselheiros, haja visto os resultados alcançados sobre material didático contido na planilha acima;
- d) O espaço para arquivamento do material do conselho é inadequado e precisa ser reestruturado e reorganizado.

Como vimos, as fragilidades enumeradas acima demandam “vontade política” e podem se constituir como fatores facilitadores e propulsores de novas práticas no que diz respeito à melhoria dos processos organizativos de futuras atividades formativas.

d) Participação dos conselheiros nas atividades de formação

A maioria dos conselheiros (18), já participou de atividades de formação, e três (3) relataram não ter participado. Com o olhar sob esse mesmo resultado voltado para os segmentos que compõe o conselho municipal de saúde verificamos que dentre os que participaram estão: quatro gestores, quatro profissionais de saúde e dez usuários, ver gráfico abaixo.

GRÁFICO 4 – PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DE FORMAÇÃO



Entre os que não participaram, dois são do segmento gestor e um do segmento profissionais de saúde, nenhum do segmento usuários.

Todos os conselheiros que declararam ter participado das atividades de formação mencionaram o período de 2011 a 2012, como o período em que ocorreu a sua participação em cursos de formação. O período mencionado apresentou um aumento de atividades realizadas nas esferas do município (Secretaria de Saúde) que mantinha uma série histórica de uma atividade/ano e somente no ano de 2012 foram realizadas três atividades. Segundo a Secretária de Saúde, essas atividades ocorreram por uma demanda levantada junto ao Conselho após sua eleição como presidente do mesmo, em que fora pontuada a necessidade de formação e busca de outras experiências. Quanto às atividades organizadas pela União (Conselho Nacional de

Saúde/Ministério da Saúde), esta apresentava uma série histórica de 4 atividades/ano e em 2012 foram realizadas um total de onze atividades.

No ano de 2012 foram realizadas vinte e uma (21) atividades de formação, sendo cinco delas caracterizadas como curso, das quais nenhuma foi organizada pelo município – Conselho Municipal ou Secretaria Municipal de Saúde. Todas foram organizadas pelo conselho nacional com participação do Conselho Estadual – CES/RJ e Instituições de Ensino (UFMG e ENSP/FIOCRUZ), e os conselheiros de Saúde de Volta Redonda participaram apenas como alunos. Esse dado demonstra que o baixo protagonismo dos conselheiros municipais nas atividades formativas não se revela uma característica isolada do município de Volta Redonda. O fato dos conselheiros de Volta Redonda informarem que participaram como alunos significa que, se houve alguma articulação ou qualquer outro movimento nesse sentido, a informação não foi repassada. A impossibilidade de realização da pesquisa no Conselho Estadual – CES/RJ inviabilizou uma análise mais aprofundada do fato em questão.

e) Cursos mais citados

Entre os cursos de formação mais citados pelos conselheiros participantes aparece o Curso ministrado pelo Conselho do Hospital Sophia Feldmann de Belo Horizonte, com oito (08) citações, seguido pelo curso ministrado pelo TCE/MPE com quatro (04) citações e o curso ministrado Universidade Federal Fluminense com duas (02) citações, os demais cursos foram citados apenas uma (01) vez.

As respostas dos questionários demonstraram que os cursos mencionados trataram diretamente da problemática vivenciada pelos conselheiros, tais como: dificuldades da participação dos usuários no cotidiano da gestão; Experiência do Hospital Sophia Feldmann na implantação do conselho; papel dos conselheiros; Comprometimento do conselheiro; Controle social no SUS; O pacto de gestão em defesa do SUS; Capacitação funcional do SUS; O papel do conselho e como fazer o relatório anual de gestão.

Cabe ressaltar que, em sua maioria, as atividades de formação acima mencionadas foram demandadas, pensadas e elaboradas sem participação dos conselheiros na organização e nos

processos decisórios sobre a mesma. No mapeamento das atividades de formação realizado observa-se também uma forte preponderância de atividades de curta duração, pouco articuladas entre si (aulas expositivas, seminários, oficinas, plenárias, encontros; feiras; fóruns; oficinas; seminários; congressos), o que aponta para prevalência de uma formação de tipo pontual e fragmentado.

f) Temática trabalhada nas atividades de formação

Quanto à temática dos cursos mencionados pelos conselheiros, percebemos que houve uma boa aceitação, verificada pelas respostas descritas nos questionários, relacionando-as com temas presentes no dia a dia do conselheiro de saúde. Todavia, a questão que queremos colocar em discussão é a essência metodológica e o conceito de formação. A discussão sobre a construção dos temas a serem discutidos, dos conteúdos e metodologia de trabalho é fruto de uma elaboração coletiva que envolve todos os sujeitos, ou pelo menos uma representação daqueles que participarão do processo? Ou, estamos fazendo uma reprise do modelo tradicional em que alguns ‘iluminados’ pensam, planejam e repassam, cabendo aos demais apenas o lugar de armazenamento das informações repassadas. Esse formato encontra guarida no ensino bancário, onde o professor, “ser provido de conhecimento” deposita no aluno, “ser carente de informação e conhecimento”, o conteúdo que julga necessário para determinado fim. Freire aposta na problematização da realidade e na relação educador-educando, como sujeitos ativos do processo formativo para desconstruir o formato chamado por ele de educação bancária e reconstruir uma nova relação, partindo da realidade compartilhada pelos sujeitos que trazem conhecimentos adquiridos através da experiência de vida e visão de mundo. Pedro Demo traz os conceitos de ‘fôrma de ação’ e ‘forma de ação’, segundo os quais, dependendo de como se organiza os processos formativos, podemos nos equivocar e desenvolver ações que se enquadrem na ‘fôrma’, ou seja, inculcar conceitos sem abrir espaço para a criação e inovação. Já na concepção da ‘forma de ação’, a abordagem é inversa, podendo abrir espaços para outros jeitos, formas, pensamentos para se fazer alguma coisa, existe uma abertura para a criação.

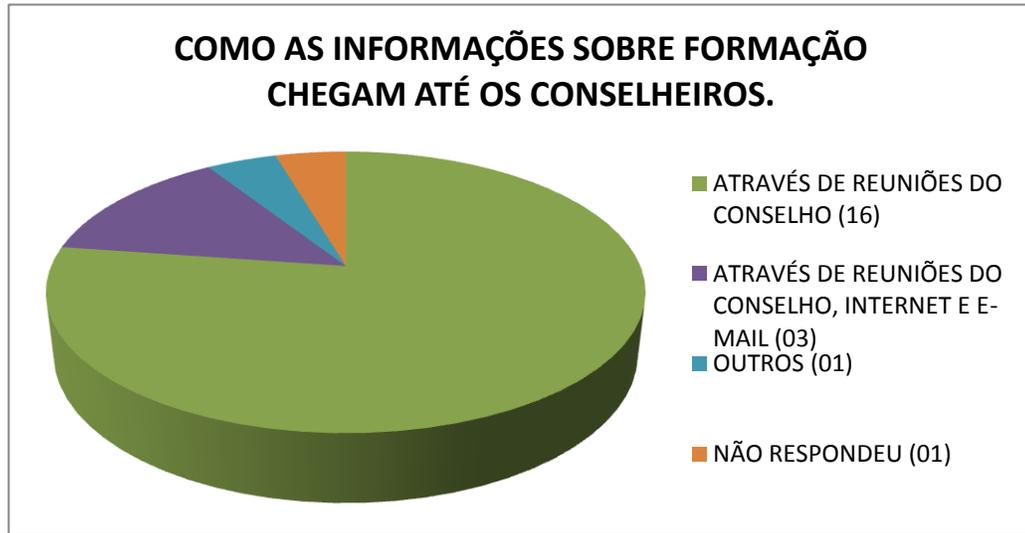
Retornando às atividades de formação que contaram com a participação dos conselheiros de saúde de Volta Redonda, observamos que essa discussão não é visível em nenhum dos documentos levantados. Nas atas estão registrados os informes sobre os cursos constando data, local de realização e nº de vagas concedidas ao conselho, com maior frequência a partir de 2009 e em alguns casos, deliberam-se sobre a indicação de nomes para participarem da atividade. Em relação às atividades organizadas pelos técnicos da SMS, os conselheiros também não participam da organização e discussão de metodologias, sendo convidados a participar do processo já na fase final, salvo poucas exceções que apresentaremos mais adiante.

6.7. DIVULGAÇÃO DAS ATIVIDADES DE FORMAÇÃO E CRITÉRIOS DE ESCOLHA PARA PARTICIPAÇÃO.

a) Como os conselheiros são informados das atividades de formação?

Os dados revelaram que a maioria (85,71%) dos conselheiros é informada das atividades de formação através das reuniões do conselho (ver gráfico abaixo). Este dado apresenta certa ambiguidade. Tanto tem como aspecto positivo o fato de que as indicações podem ser resolvidas na própria reunião do conselho, deixando transparecer maior agilidade no processo de preenchimento das vagas disponíveis, como tem, por outro lado, um aspecto preocupante em relação ao fluxo e encaminhamento dessas indicações, por exemplo, quando o convite de uma determinada atividade de formação chegar com tempo curto para indicação, num período em que não houver reuniões agendadas. Nestes casos, o acesso às atividades pode inclusive estar submetido à interesses pessoais, sem serem consideradas as necessidades do conselho. Outras formas de comunicação existem na dinâmica do conselho, como contato telefônico e e-mail, mas pelo que os resultados demonstraram parece que poucos conselheiros têm acesso a esse meio de comunicação, e em quase sua totalidade eles afirmaram ser informados das atividades de formação através das reuniões do conselho.

COMO OS CONSELHEIROS SÃO INFORMADOS DAS ATIVIDADES DE FORMAÇÃO



Como vemos o quantitativo de conselheiros que se utilizam de outros meios de comunicação como e-mail e internet é ínfimo, talvez esse resultado seja explicado pelo pouco uso do computador por parte desses conselheiros, o que é um elemento limitante para a atuação de um conselheiro com atribuições tão amplas.

g) Critérios para participação nas atividades de formação

A descrição dos critérios para participação nas atividades de formação revelou que não existem critérios claramente estabelecidos. Entretanto, ao analisá-las verificamos que algumas palavras aparecem repetidas vezes, o que nos chamou a atenção. As palavras segmentos, paridade/paritária, entre os pares, fórum dos profissionais, nos levam a crer que, na prática, o segmento é um critério de escolha reconhecido pela maioria dos conselheiros, uma vez que é frequentemente mencionado. Aparece também como possibilidade de ser um critério aplicado na prática o fato do conselheiro participar das comissões temáticas. Disponibilidade e interesse também são mencionados.

De todas as descrições mencionadas, duas nos chamaram atenção. A primeira afirma que *“às vezes as vagas são distribuídas pelo segmento, na maioria das vezes fica na comissão*

executiva”. Esse suposto critério pode ser uma explicação para a concentração da participação observada na maioria das atividades de formação realizada.

A segunda descrição apresenta o “*conhecimento com o vice-conselheiro*” como critério de escolha. Essa descrição deixa clara a manipulação das vagas e a falta de critérios claros na escolha dos conselheiros que irão participar das atividades. As duas descrições revelam comprometimento do processo democrático, explicitando critérios de influência pessoal e concentração de poder no processo de escolha dos conselheiros que participarão ou não das atividades de formação.

Outrossim, uma vez que não há critérios claramente pré-estabelecidos para as escolhas de quem participa destas atividades, pode-se privilegiar uns, em detrimento de outros. Talvez a definição clara dos critérios de escolha dos conselheiros para participarem das atividades de formação pudesse tornar esse processo mais transparente e eficaz, com a consideração de aspectos como disponibilidade, interesse, participação em comissão temática, e paridade entre segmentos, os quais já aparecem nas discussões. Assim como, evitaria a situação relatada em relação à concentração da participação em poucos conselheiros.

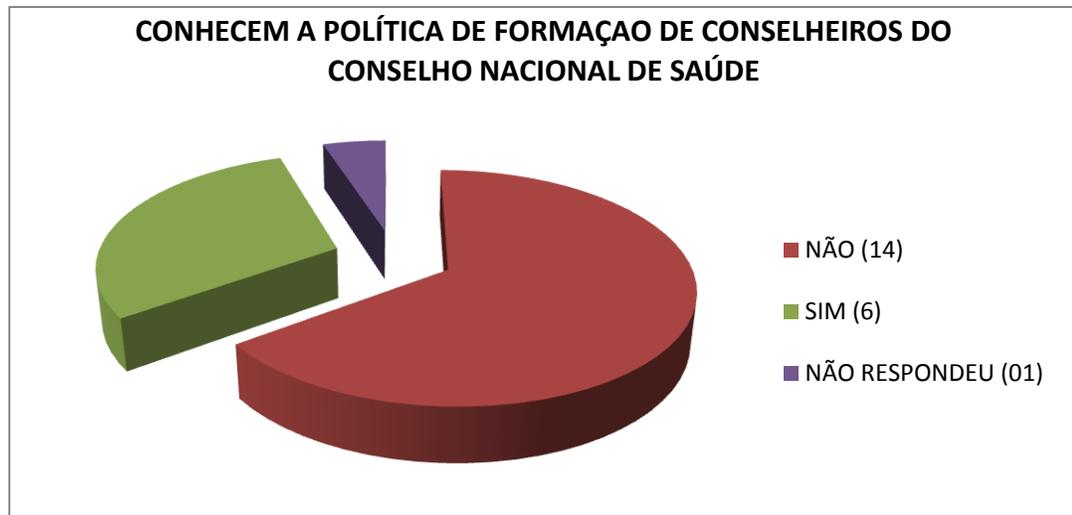
6.8 CONHECIMENTO DOS CONSELHEIROS EM RELAÇÃO À POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS.

a) Sobre o conhecimento dos conselheiros sobre a Política de formação de conselheiros.

Nos resultados obtidos, a maioria dos conselheiros declarou não conhecer a política de formação de conselheiros do Conselho Nacional de Saúde, ver gráfico abaixo. Esse resultado em parte pode ter como justificativa o fato de onze conselheiros terem informado que sua chegada ao conselho de saúde ocorreu a partir de 2010. Se considerarmos que os novos conselheiros chegam ao conselho com pouca informação sobre o funcionamento da área de saúde, seu desconhecimento dessa política passa a ser mais aceitável. Ainda assim, este resultado chamou-nos a atenção, pois revela importante fragilidade de uma política pública fundamental para o

fortalecimento do controle social na saúde, o que também está associado ao fato de que o tema “política de formação” tem despertado pouco interesse nos segmentos representados no Conselho Municipal de Saúde.

SOBRE O CONHECIMENTO DOS CONSELHEIROS RELACIONADOS À POLÍTICA DE
FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS



O gráfico acima deixa clara a necessidade de uma maior divulgação da política de formação de conselheiros preconizada pelo Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. Assim como, evidencia a pouca ou nenhuma informação dos conselheiros sobre os assuntos inerentes à política de formação, evidenciando também que esse é um tema pouco discutido no conselho municipal de Saúde.

h) Sobre a descrição da política

No mesmo item foi solicitado aos conselheiros que conhecem a política de formação de conselheiros do Conselho Nacional de Saúde que a descrevessem em poucas palavras, porém, dentre os seis conselheiros que afirmaram conhecê-la, apenas quatro fizeram a descrição solicitada. Destes, um conselheiro a descreveu como “um instrumento para fortalecer os conselhos através da EP (Educação Permanente)”; outro conselheiro descreveu “não estar

satisfeito, indicando que a grade é ruim”. Os demais explicaram a paridade e as instâncias de deliberação nas três esferas de governo. Esse resultado, somado ao resultado apresentado no item anterior, revela um alto grau de desconhecimento dos conselheiros de saúde em relação a política de formação disponibilizada pelo Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Observa-se nesses dados que pode estar havendo pouca divulgação em relação à política de formação por parte do Conselho Nacional. Sobre o conhecimento dos conselheiros por segmento, ver tabela abaixo:

QUADRO 5

CONHECIMENTO DA POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS POR SEGMENTO

RESPOSTAS	TOTAL DE RESPOSTAS	SEGMENTOS		
		GESTOR	PROF.SAÚDE	USUÁRIOS
SIM	06	03	01	02
NÃO	14	03	04	07
NÃO RESPONDEU	01	--	--	01

Neste quadro verificamos que metade dos conselheiros que representam o segmento gestor declarou conhecer a política de formação, o que não se confirmou nesta segunda verificação quando foi solicitada a descrição da política em poucas palavras.

O segmento gestor parece ter mais acesso à informação que os demais segmentos, motivo pelo qual metade de seus membros afirma conhecer a política de formação do Conselho Nacional. O que deixa claro também que a troca de informações dentro do próprio segmento também pode estar fragilizada, uma vez que seria esperado que todos conhecessem a referida política. Esse resultado demonstra a fragilidade do tema formação de conselheiros.

6.9. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE FORMAÇÃO.

Com o objetivo de conhecer a participação dos conselheiros na organização das atividades de formação, perguntamos se alguma vez ele (conselheiro) foi consultado sobre a organização das referidas atividades. A forma de organização do questionário foi a mesma do item anterior, com alternativas sim e não, e em caso de resposta afirmativa, solicitamos ao respondente que relatasse como foi a participação. Em relação a essa pergunta, o resultado foi:

QUADRO 6

PARTICIPAÇÃO DOS CONSELHEIROS NA ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE FORMAÇÃO

RESPOSTAS	TOTAL DE RESPOSTAS	SEGMENTOS		
		GESTOR	PROF.SAÚDE	USUÁRIOS
SIM	07	02	01	04
NÃO	14	04	04	06
NÃO RESPONDEU	--	--	--	--

Dos sete (07) conselheiros que afirmaram terem sido consultados para organização de atividades de formação, seis (06) relataram a participação, descrevendo as suas participações, como:

“Fazendo parte do planejamento de EP para ERT”;

“Como instrutora no Curso de Formação dos conselheiros gestores das unidades de saúde”;

“Minha participação foi modesta, na época não tinha muito conhecimento”;

“Minha intervenção foi para suspensão dos cursos por não concordar com a grade, um vez que não atende a base”;

“Discutimos quais os assuntos a serem discutidos, qual a necessidade para maior esclarecimento para melhorar a atuação do conselho dentro dos temas e metodologia”.

“A minha entidade que é o sindicato dos metalúrgicos me liberou para todos os cursos e atividades do conselho de saúde, o resto foi de meu interesse”.

As respostas acima reafirmam a pouca participação/atuação dos conselheiros nas discussões, planejamento e organização das atividades de formação realizadas.

De forma geral, os relatos sobre a participação dos conselheiros na organização das atividades de formação estão coerentes com o solicitado. Todavia, as respostas contidas nos itens 4.4; 4.4.1; 4.5 e 4.5.1 do questionário revelaram que muito ainda se tem a caminhar em relação à política de formação de conselheiros de saúde, para que os conselheiros efetivamente dela se apropriem. Caso contrário, os investimentos para formação de conselheiros, que são bastante significativos, podem não impactar na qualidade das intervenções dos conselheiros no cotidiano da sua participação social. Assim como, poderá ter pouca eficácia para o fortalecimento do controle social.

Ainda no aspecto relacionado à participação de conselheiros na organização de atividades de formação, o mapeamento dos documentos e das atividades de formação trouxe algumas situações que consideramos exceções, por terem acontecido pouquíssimas vezes nas atividades organizadas com a participação da secretaria de saúde local no período de 2005 a 2012, atividades estas cujo detalhamento também não constou das atas. São elas:

a) **I Seminário Regional de Organização dos Conselhos Municipais de Saúde**, realizado em 2009, cuja organização contou com a participação dos conselheiros de saúde da Região e com o apoio do Colegiado de Gestão Regional – CGR, hoje CIR. Entretanto, o relatório final onde deverá constar os resultados deste seminário não foi concluído até a presente data. Várias tentativas foram feitas, porém sem sucesso, por falta de quórum. Esta atividade apareceu no mapeamento das atividades de formação, mas não constou das atas do CMS, nem como informe. Seu registro encontra-se no Colegiado Intergestores Regional, espaço responsável pela implantação do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde - COAPS, preconizado pelo Decreto 7.508/2011.

O fato de não ter havido quórum para a conclusão do relatório nos chama a atenção para dois fatores que podem possivelmente explicar a questão. O primeiro seria excesso de atribuições, atividades e a dinâmica acelerada decorrente da própria atuação dos conselheiros. Labra fala desse acúmulo de atribuições, lembrando que os conselheiros têm uma enorme sobrecarga de atividades sem nenhuma remuneração, uma vez que o trabalho do conselheiro de saúde é visto como trabalho voluntário. O segundo fator para a falta de quórum pode estar relacionado ao fato dos conselheiros não terem se apropriado da importância da sua participação na organização das atividades de formação, deixando estas tarefas para segundo plano.

A segunda atividade organizada pelos técnicos da Secretaria de Saúde, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, foi **a oficina de Sensibilização: “Formação de agentes para o Controle Social”**, realizada em 2009. Posteriormente a essa, foi organizado o **“I Seminário de Capacitação de Conselhos Gestores de Unidade de Saúde”**, realizado nos dias 11 e 12 de novembro de 2011. E, mais recentemente, em 2012, o curso **“Fortalecimento do controle social no conselho municipal de saúde de Volta Redonda”** ministrado pelo Conselho Local do Hospital Sophia Feldmann, organizado pelo Conselho Municipal de Saúde com o apoio da Secretaria de Saúde. O fato destas atividades terem sido organizadas em conjunto com o conselho e secretaria de saúde a partir de 2009 são reveladores de que há sinais promissores de novas práticas.

Contudo, não podemos deixar de mencionar que recentemente a Secretaria de Saúde, gestão e técnicos lançaram o livro **“Tecendo Redes: Os planos da Educação, Cuidado e Gestão na Construção do SUS, a experiência de Volta Redonda (PINTO et al, 2012)**. O conteúdo relata as experiências bem sucedidas da Secretaria de Saúde como: Construção de territórios e a atenção em rede; 1º plano de Educação em Saúde; A experiência de organização do serviço de educação permanente no SUS-VR; Espaço do clínico: cuidando da qualificação; 2º plano de produção do cuidado; A disputa do cuidado e a morte no domicílio: desafios para as ações singulares das redes de atenção básica; Terapia comunitária integrativa; Residência terapêuticas e a produção da cidadania; Apoio ao cuidador domiciliar, entre outras.

Nossa crítica em relação a este trabalho vai ao sentido de que nenhum capítulo relata ou faz menção à experiência do controle social na cidade, como por exemplo, a implantação dos

conselhos gestores das unidades de saúde, a elaboração do regimento interno destes conselhos e a participação destes no dia a dia da unidade. A construção do Regimento foi uma construção coletiva interessantíssima que merecia ter sido contada. Minha surpresa foi ainda maior quando nenhum conselheiro mencionou ou queixou-se desse aspecto durante o período da pesquisa. Enfim, esse fato é uma pequena amostra da fragilidade do controle social e do pouco reconhecimento que gestores e técnicos da saúde demonstram em relação à importância do controle social.

Situações como a relatada acima caminham na contramão da construção da cidadania. Retomando as dificuldades da participação levantadas por alguns autores, já apresentados neste estudo, nos lembramos de Escorel e Moreira (2010), que consideram que o simples fato de criar mecanismos de participação não é sinônimo de garantia da mudança da cultura política, o que não é uma exclusividade de Volta Redonda.

6.10 TEMAS SUGERIDOS E DESAFIOS ENCONTRADOS EM RELAÇÃO A FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS.

Foi solicitado aos conselheiros que sugerissem, com base na sua experiência, temas para serem trabalhados em atividades de formação futuras. As sugestões foram agrupadas em quatro blocos, sendo: Legislação do Sistema Único de Saúde – SUS; Papel político dos conselheiros; Financiamento da saúde e o último denominamos de ‘outros temas’ em função da variedade de assuntos.

Os temas relacionados à parte legal do Sistema Único de Saúde apareceram em 11 sugestões e incluem: as leis de formação e regulação dos conselhos; a legislação pertinente aos programas; Leis e decretos; Conhecimento da Resolução 333 e da EC 453; maior informação do conteúdo da Constituição de 1988, relacionado ao tema da saúde; funcionamento e políticas do SUS, papel e legitimidade do conselho nas leis 8.080 e 8.142.

Os temas relacionados ao papel político do conselheiro, funções, atribuições, competências, responsabilidades da representação social, civil e jurídica, possibilidades e limites

dos conselheiros na sua atuação e comissões temáticas apareceram nove (9) vezes. Sete (7) conselheiros sugerem o tema do Financiamento da Saúde, incluindo as questões orçamentárias e financeiras, fiscalização e licitação.

Outros temas sugeridos foram: Ética, cidadania e controle social; O fluxo da rede de saúde e a Estratégia Saúde da Família e Gestão - Como atuar diante de reclamações e demandas.

As sugestões apresentadas são bastante consistentes e refletem temas muito presentes nas agendas de discussão da participação na área de saúde. A discussão e o aprofundamento da participação vêm carregados de outras questões intrínsecas que alguns autores já vêm sinalizando como, por exemplo, a questão da paridade, que segundo Labra (2010), é um traço inovador essencial para o desenho do conselho como um espaço criativo e democrático. Outro aspecto também presente na literatura é a problemática da representação. Quanto a ele, Labra apresenta as seguintes questões: Quem representa quem? Como foi eleito? Qual a relação das entidades representadas com os conselhos de saúde? Como se dá o caráter deliberativo dos conselhos? Qual o tempo ocorrido entre a deliberação do conselho sobre determinada ação e a execução destas? Outro grande desafio apresentado pela autora no que diz respeito à representação é pensar arranjos participativos inclusivos, que possam também dar voz aos grupos excluídos da sociedade civil (jovens, mães solteiras, etnias, homossexuais, entre outros), até então esquecidos (p.183).

Escorel & Moreira (2010) analisam a participação social buscando respostas para perguntas que tentam identificar quem é o sujeito – individual e coletivo - dessa participação: como ele participa; quais os condicionantes que influenciam ou influenciaram sua decisão de participar; em que instância ele participa; qual a relação que esse espaço tem com as questões em que quer intervir; e como este sujeito se relaciona com o ambiente participativo, considerando a cultura e momento histórico numa sociedade específica (p.231).

No dia a dia do conselho, são inúmeras as dificuldades de planejar atividades, estabelecer rotinas, assumir compromissos e ainda responder às demandas do cotidiano, principalmente, porque para cada uma dessas ações, outras questões também complexas são demandadas. O exercício da democracia, por exemplo, em qualquer situação exige reflexão constante de nossas ações e coragem para trazer à tona os incômodos que acompanham os projetos em disputa, sem

que haja sofrimento tanto para quem provoca a discussão, quanto para aquele que se sentirá provocado. O grande desafio é tornar essas provocações algo positivo, que possa promover esse despertar de consciências trazendo o conjunto das partes interessadas, gestor, profissionais de saúde, usuários, instituições representadas, para a reflexão e implementação de novas práticas.

As reflexões trazidas por Victor Valla apontam para um posicionamento criativo do sujeito frente à realidade, sendo ao mesmo tempo parte dela. Ao problematizar esta situação em conjunto com os seus pares imbricados e implicados com as mesmas situações, estes pensam e conjecturam novas formas de recriar e resignificar a realidade existente rumo à realidade almejada. Ou seja, a transformação da realidade almejada se dá no próprio ato de pensar a realidade existente, recriando-a ao mesmo tempo. Essa forma de pensar também encontra eco no pensamento de Paulo Freire quando traz a metodologia da problematização para o enfrentamento da realidade, com vistas à sua transformação e superação. Autores como GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R; MATTOS (2004); GOMES e MERHY (2011); GONÇALVES e PEDROSA (2011); STOTZ, DAVID e WONG (2005); TEIXEIRA, et al. (2009); VALLA(1993), entre outros, também discutem os diferentes aspectos da participação na saúde e trazem importantes contribuições que reforçam nossa posição em relação a pertinência do tema da formação para a qualidade da participação observada nos conselhos.

Demandas como: Capacitar mais os atendentes dos hospitais e postos de saúde; Respeitar o conselheiro como parceiro e amigo da saúde; Incentivar o conselheiro para ir para dentro das comunidades transmitir o que aprendeu; Estimular e encorajar o conselheiro a buscar novos conhecimentos e aprender olhar para o 'coletivo' também foram descritas pelos conselheiros e refletem incômodos decorrentes da atuação.

Sobre os desafios da formação, dezessete conselheiros responderam descrevendo os desafios, conforme solicitado. Um (1) conselheiro marcou a opção 'não sei' e três não responderam. Logo, os desafios descritos abaixo representam a opinião da grande maioria dos conselheiros de saúde de Volta Redonda(aproximadamente 80.95%), que seguem descritos em conformidade com a redação dos conselheiros:

1- Muitos, primeiramente que representamos os segmentos da sociedade e temos como obrigação ser articulados da política municipal de saúde;

- 2- *A dificuldade de percepção dos conselheiros e entidades que participam dos conselhos sobre a responsabilidade da representação social e as possibilidades e limites dos conselheiros;*
- 3- *O pouco entendimento das atribuições dos membros do conselho;*
- 4- *Organização do tempo, conciliar o tempo entre a vida individual (trabalho e família) e ainda ter tempo para se dedicar ao conselho de saúde;*
- 5- *Interesse, alguns acham que sabem tudo;*
- 6- *A falta de compromisso de alguns conselheiros;*
- 7- *Falta de interesse dos próprios conselheiros;*
- 8- *Interesses pessoais (2 vezes);*
- 9- *Os conselheiros não são unidos e muitos defendem os seus próprios interesses;*
- 10- *Falta de informações;*
- 11- *Rodízio de conselheiros, quando termina os 4 anos da compreensão da lei do município. Sendo assim novos conselheiros. Ou, quando uma entidade substitui seus membros;*
- 12- *Escassez de cursos;*
- 13- *Capacitá-los quanto à formação, composição, competências e atuações;*
- 14- *Discutir a qualidade da saúde e sua gestão;*
- 15- *É compreender de fato todo o sistema para que não haja dúvida em caso de aprovar projetos para saúde;*
- 16- *Entidades ligadas ao governo querendo ser usuário; entidades enviando conselheiro sem perfil nenhum da saúde.*

Analisando os desafios listados pelos conselheiros e ao mesmo tempo refletindo sobre a literatura que nos direcionou na elaboração deste estudo, vimos que a complexidade da discussão sobre o tema formação de conselhos traz em seu bojo grande parte dos vícios e mazelas que envolvem a participação social. Dentre elas, podemos destacar a disputa interna entre os segmentos que compõem os conselhos de saúde, o difícil acesso às informações, que se complica ainda mais quando o exercício da cidadania não é muito claro e definido. Outro ponto a ser destacado é que se observada a totalidade das questões apresentadas a dificuldade está sempre no(s) outro(s) seja ele conselheiro, entidades representadas, segmentos, entre outros. O que pode significar uma negação de si, enquanto sujeito do processo.

Os itens 2, 3, 8, 9 e 11, relacionados pelos conselheiros como desafios da formação, trazem uma reflexão sobre a limitação dos conselheiros em compreender o seu papel como

cidadão e sujeito social capaz de intervir e transformar a realidade. O que deixa claro também a fragilidade do controle social como sistema de intervenção política. Como vimos os desafios não são poucos e nem fáceis de serem solucionados, seu enfrentamento está relacionado com a vontade política dos diferentes segmentos, assim como, com o nível de aposta desses atores no fortalecimento do controle social.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de Volta Redonda no que tange a formação de conselheiros de saúde foi aqui tratada como um ponto focal. Entretanto, no conjunto das atividades de formação discutidas estão também contidas aquelas organizadas por outras esferas de governo, como Estado, representado pelo Conselho Estadual de Saúde – SES/RJ e União, representada pelo Conselho Nacional de Saúde – CNS e Ministério da Saúde, através dos convênios com instituições de ensino como a Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG e EAD – FIOCRUZ, que desenvolvem cursos à distância para conselheiros. Assim, podemos considerar que as questões aqui levantadas também são reflexos dos demais níveis de governo, retratando assim, a Política Nacional de Formação de Conselheiros de Saúde até então preconizada. Logo, as questões reveladas na pesquisa provavelmente têm abrangência em outras localidades e ou outros conselhos de saúde.

Outra questão a ser pontuada é a sobreposição de instâncias decisórias criadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde para definir e deliberar sobre as políticas, as estratégias e ações de saúde como as comissões Bipartite e Tripartite, entre outras, que compõem o arranjo federativo de gestão na saúde.

Nesse mesmo sistema também se inserem os conselhos nas três esferas de governo. As indagações relativas a esta sobreposição são: Será então que o papel dos conselhos de saúde é de ratificar e referendar o que as outras instâncias já deliberaram? Ou, é uma estratégia que vem se implantando para enfraquecer os conselhos de saúde? Essa é uma questão que precisa estar mais transparente até porque ela é fundamental na definição das estratégias para o fortalecimento dos conselhos de saúde. Caso este seja o objetivo, o que estamos vendo hoje tem deixado dúvidas e parece caminhar na contramão do discurso apresentado.

As questões acima mencionadas, somadas aos resultados encontrados nos levam a concluir que as atividades de formação como tem se apresentado hoje não revelam uma aposta em potencial no fortalecimento dos conselhos de saúde, principalmente, quando cabe a estes apenas preencher as vagas disponíveis para a atividade em questão.

As exceções encontradas apontam para existência de preocupações com o envolvimento desses atores, porém, ainda ocorrem de forma muito incipiente e pouco divulgada.

A nossa discussão aponta para a necessidade de revisão da política de formação de conselheiros na perspectiva de repensá-la e resignificá-la. Tendo como base o pensamento de Paulo Freire, Vicent Valla, e demais autores da Educação Popular e Saúde. Consideramos necessário discutir a importância da inserção dos conselheiros no processo decisório da organização, na definição dos conteúdos e metodologias, assim como, na proposição das atividades de formação, uma vez que estas deveriam orientar-se por concepções pedagógicas críticas, voltadas para a formação de sujeitos ativos, que possam a partir da sua experiência e vivência trazer ricas contribuições para a superação das dificuldades encontradas.

De forma prática propomos em longo prazo, a criação de uma escola de governo articulada com as instituições de ensino, entidades e movimentos sociais e políticos que representam o tecido organizativo da cidade que se propusesse a preparar os conselheiros a partir de uma metodologia que instigue o despertar da consciência crítica para o exercício da cidadania, dentro dos pressupostos da metodologia aplicada na Política Nacional de Educação Popular, recém-aprovada.

Em curto prazo avaliamos ser importante a divulgação da Política Nacional de Formação de Conselheiros de Saúde uma vez que a experiência de Volta Redonda revelou pouco conhecimento dessa política por parte dos conselheiros, o que provavelmente pode ter abrangência em outras localidades.

Se de fato acreditamos e apostamos no exercício da cidadania plena e entendemos que o controle social na saúde deve intervir de fato nas políticas e ações de saúde, repensar a inserção do conselheiro, dos conselhos e do controle social como sistema é um passo importante para a caminhada do controle social rumo ao exercício pleno da cidadania.

Essa tarefa é de todos os que apostam de fato no Sistema Único de Saúde e na formação como troca de saberes, espaços de criação e mudança de práticas, elementos fundamentais para a consolidação do processo democrático na saúde e no país.

REFERÊNCIAS

- ALGEBAILLE, Evelise. Unidade entre pensamento e ação. In: Victor Vincent Valla: **Pioneiro da pesquisa e formação acadêmica no campo da educação popular em saúde**. Rev. APS, v. 11, n.3, p.326-333, jul./set. 2008.
- BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola e GIANFRANCO, Pasquino. **Dicionário de Política**, Brasília: Editora Universidade de Brasília, 13ª ed., 2007, 2008(reimpressão). Vol. I: 674 p. (total:1.330p.).
- BRANDAO, Rodrigues Carlos. **Educação Popular**. 3ª ed. SP, Brasiliense, 1986333.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, Coleção, Primeiros Passos, 28o ed., 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.160 p.: il. color. - (Serie B. Textos Básicos de Saúde) - ISBN 978-85-334-1413-6 1. Educação em saúde. 2. Política de saúde. 3. Saúde pública. I. Título. II. Serie.
- _____. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde** - Brasília: Ministério da Saúde Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa.- COMITÊ NACIONAL DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE – CNEPS, 2012.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 33**, de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”, Brasília, D.F, 1992.
- _____. **Resolução n.º 333**, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União; Brasília, DF, n. 236, 4 dez. 2003. Seção 1, p.57-8.
- _____. **Resolução n.º 453**, Conselho Nacional de Saúde aprova resolução que trata das diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde: 10 de maio de 2012. Altera a Res.333/2003 e dá outras providências. Brasília: 2012.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Lei Complementar nº 141** de 13 de janeiro de 2012. Brasília, D.F, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: todos usam o SUS. SUS na seguridade social: Política pública, patrimônio do povo brasileiro** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. 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, Série B, Textos Básicos em Saúde, 2006.

_____. 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, Série B, Textos Básicos em Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **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. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes Nacionais para capacitação de conselheiros de saúde**. Reimpressão, Série Cadernos Técnicos, Brasília, D.F. 2002.

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

_____. **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 outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

CANÁRIO, Rui (2007). Recensão da obra “**Paulo Freire e o nacionalismo desenvolvimentista**”, de Vanilda Paiva, 2000 (reedição). São Paulo: Graal. Sísifo. Revista de Ciências da Educação, 2, p. 83-86, disponível em <HTTP://sisifo.fpce.ul.pt>. Acesso em agosto de 2013.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social**. Rio de Janeiro, FASE/IBAM, 1995.

CASTILHO, B.Elomar, et al. **Elementos estruturantes para a criação de programas educativos a distância para a formação profissional: uma experiência no âmbito governamental**. ESUD 2013 – X Congresso Brasileiro de Ensino Superior a Distância Belém/PA, 11 – 13 de junho de 2013 – UNIREDE.

CAVALCANTI, Oliveira de Lopes Felipe. **Democracia no SUS e na reforma sanitária é possível?** Um debate a partir da experiência da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (janeiro de 2003 a julho de 2005). Universidade do Estado do Rio de Janeiro - Centro Biomédico Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro. 2010.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.16, p.61-177, 2005a.

_____. **Educação permanente em saúde:** descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.4,p.975-86, 2005b.

_____. FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CONASS. **Política Nacional de Educação Popular em saúde.** Nota Técnica, 16, 2013.

Conselho Nacional de Saúde, **Resolução nº 363 de 11 de agosto de 2006** – Aprova a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde-SUS, para implementação nas três esferas de Governo - Federal, Estadual e Municipal. Brasília, D.F, 2007.

_____. **Resolução nº 374 de 14 de julho de 2007** – Aprova a estruturação da Comissão Intersetorial de Educação Permanente do Controle Social no SUS – CIEPCSS, Brasília, D.F, 2007.

CORREIA, C.V. Maria. Controle Social. *In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde.* 2ª ed. Revista ampliada. Organizadores Isabel Brasil PEREIRA e Julio Cesar França LIMA. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre ET AL. **Controle Social no Sistema Único de Saúde:** subsídios para construção de competências dos conselheiros de Saúde. *Physis*, 20(3):853-872, Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania:** a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis*, v.19, nº2, p.419-438, Rio de Janeiro, 2009.

DELGADO. Mônica Mendonça. ESCOREL, Sarah. **Ensaio sobre a resolução 333/03 do CNS:** entre as dimensões política e técnica, e entre as dinâmicas participativa e fiscalizatória. *In: Revista Divulgação em Saúde para Debate*, , n.43, CEBES, Rio de Janeiro, junho/2008.

DEMO, Pedro. **Questões de Teleducação**, 3.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

FREIRE, Paulo. **Educação Como Prática de Liberdade**, 16ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 32.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

GADOTTI, M. **História das Ideias Pedagógicas**, 8.ed. – São Paulo : Ática, 1999.

ESCOREL, Sarah. MOREIRA, Marcelo Rasga. **Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária:** democracia deliberativa e efetividade. *In: Participação, Democracia e Saúde.* Organizadoras: Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Coleção Pensar em Saúde, Cebes, Rio de Janeiro, 2010.

GOMES, Bezerra Luciano e MERHY, Emerson Elias. **Compreendendo a Educação Popular em Saúde:** um estudo na literatura brasileira. *In. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27 (1): 7-18, jan.2011. Vol.27, n.1, pp. 7-18.

GONÇALVES, A. de O; SILVA. J. de F.S. da; PEDROSA, J.I. dos S. **Contribuições da gestão participativa no espaço público chamado *conselho***: o contexto dos conselhos de saúde no Brasil. *In Democracia, Conselhos de Saúde e Participação Social, CEBES:Revista Divulgação em Saúde para o Debate*, Rio de Janeiro, n.43, p.97-98, junho de 2008.

GUIZARDI, F.L; PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (Org); SANTANA, A.D; MATTA, G.; GOMES, M.C.P.A. **Participação da Comunidade em Espaços Públicos de Saúde**: uma Análise das Conferências Nacionais de Saúde. *Physis:Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n.14, p. 15-39, 2004.

HUERTAS, Franco. O método PES: **entrevista com Matus**; tradução Giselda Barroso Sauveus. São Paulo: FUNDAP, 1996.

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: **Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**, 2009. Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e Socioeconômica, número 26, 2009.

_____. **Estimativa da população residente nos municípios brasileiros com data de referência** em 1º de julho de 2013, ver ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf, acesso em 02 de novembro de 2013.

Informativo do CNS – Comissões CNS – CIEPCSS. Disponível no site conselho. saude.gov.br/web_comissoesciepcss/index.html. Acesso em 24/05/12.

KLEBA, Elisabeth Maria, COMERLATTO, Dunia, COLLISELLI, Liane. **Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 335-42.2007.

LABRA, Maria Eliana. **Política Nacional de Participação na Saúde**: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. *In: Participação, Democracia e Saúde*. Organizadoras: Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Coleção Pensar em Saúde, Cebes, Rio de Janeiro, 2010.

LIBÂNEO, José Carlos - **Democratização da Escola Pública - a Pedagogia crítico-social dos conteúdos**. São Paulo: Loyola, 1985.

MATUS, Carlos. Política, **Planejamento & Governo**. 3ª Ed. – Brasília: IPEA, 1997.

MELO, Cristina Maria Meira; VILASBOAS, Ana Luiza. **Capacitação de Conselheiros de Saúde**: Uma experiência na secretaria municipal de saúde de Salvador, *Rev.baianaenferm*; 12(2): 42-54, 1999.

MESQUITA, Mário Cezar Barroso. **Manual de formatação de trabalhos de conclusão de curso**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MOLESINI, Joana Angélica Oliveira. **Municipalização da saúde na Bahia**: estudo exploratório da implantação da NOB 01/93. Salvador, 1999. Dissertação (mestrado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

MORONI, José Antonio. **O Direito a participação no Governo LULA.** In: Participação, Democracia e Saúde. Organizadoras: Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, Coleção Pensar em Saúde, Cebes, Rio de Janeiro, 2010.

PAIVA, Vanilda. **Paulo Freire e o nacionalismo-desenvolvimentista**, ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S.A. 1980.

_____. Vanilda. **História da Educação Popular no Brasil:** Educação popular e educação de adultos. 6ª ed. Revista e ampliada. São Paulo: Loyola, 2003.

PINHEIRO, R., CECCIM, R. B., MATTOS, R. A. orgs. **Ensinar Saúde:** a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: CEPERJ: IMS/UERJ: ABRASCO, 2011.

PINTO,S, et al. **Tecendo redes. Os planos de educação, cuidado e gestão na construção do SUS:** a experiência de Volta Redonda.Orgs. São Paulo: Hucitec, 2012. 391 p.

RAMOS, M. **Concepções e práticas pedagógicas nas escolas técnicas do Sistema único de Saúde:** Fundamentos e contradições.*In:*Trabalho, Educação e Saúde, vol. 7, sup.1, , Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

_____.**Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil:** um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010.

RICHARDSON, Roberto Jary et al. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Democracia e participação da Sociedade em saúde.** In: Matta, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio Cezar França. Estado, Sociedade e formação profissional em saúde: Contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro, FIOCRUZ/ESPJV, 2008. P.227-246.

STOTZ, Navarro Eduardo. **Participação Social.** *In:* Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Orgs Isabel Brasil Pereira e Julio Cesar França Lima. 2.ed. Ver. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478 p.

_____, DAVID. H.S.L, WONG. UM. J.A. **Educação Popular e Saúde – Trajetória, Expressões e Desafios de um movimento social**, 2005.

Súmula RADIS, nº 81 – julho de 2001 – especial “**Conselhos de Saúde e Controle Social**”.

TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias:** acadêmica, da ciência e da pesquisa. – Petrópolis, RJ : Vozes, 2005.

TEIXEIRA, Lucia Maria. et al. **Participação em saúde:** do que estamos falando? Sociologias, Porto Alegre, ano 11, nº 21, 2009.

VALLA, Victor V. Educação, **Saúde e Cidadania:** Investigação Científica e Assessoria Popular. In Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8 (1): 30-40, jan/mar, 1992.

_____. V. V.(Org) **Participação Popular e os serviços de saúde:** O controle social como exercício de cidadania, Rio de Janeiro: Pares, 1993.

_____. V. V. Participação popular e saúde: a questão da capacitação técnica no Brasil. In:

Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática. (V. V. Valla, E. N. Stotz, org.), pp. 57-90, 1997^a Rio de Janeiro: Editora Relume - Dumará. *In:* Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(Sup. 2):7-14, 1999.

_____. **Educação Popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização.** In Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(Sup.2): 7-14, 1999.

_____. **Entrevista: Victor Valla. Trabalho, Educação e Saúde.** V.3, n.3. p. 227-238, 2005.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde.** In, *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.5, n.8, fev.2001.

_____. **Espiritualidade, Educação Popular e Luta Política pela Saúde.** Ver. APS, v.11, n.3, p.314-325, jul/set. 2008.

_____. **Pioneiro da pesquisa e formação acadêmica no campo da educação popular em saúde.** Rev. APS, v.11, n.3, p.326-333, jul/set 2008.

_____. **O Paulo da Educação Popular.** In: Caderno de Educação Popular em Saúde, Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.160 p. : il. color. - (Serie B. Textos Básicos de Saúde), ISBN 978-85-334-1413-61. Educação em saúde. 2. Política de saúde. 3. Saúde publica. I. Título. II.

VASCONCELOS, E. M.; ALGEBAILLE, E. B.; VALLA V. V. **Pioneiro da pesquisa e formação acadêmica no campo da educação popular em saúde** Rev. APS, v. 11, n. 3, p. 326-333, jul./set. 2008.

UNIMEP - Universidade Metodista de Piracicaba. **Teoria Crítica da sociedade**, disponível em:<http://www.unimep.br/teoriacritica/index.php?fid=116&ct=2636>. Acesso em: 6 de abril de 2013.

www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30685 - Informativo da ENSP/FIOCRUZ.

www.ufmg.br/conselheirosnacionais/ufmg-oferece-curso-para-conselheiros, Acesso em 15 de outubro de 2012.

http://pt.wikipedia.org/wiki/Pedagogia_cr%C3%ADtica- **Pedagogia Crítica.** Acesso em 15 de outubro de 2012.

ANEXOS

ANEXO A – Carta enviada ao Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda

ANEXO B – Carta enviada ao Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

ANEXO C – Carta enviada ao Conselho Nacional de Saúde

ANEXO D – Questionário

ANEXO A

Volta Redonda, 18 de dezembro de 2012.

DE: Maria de Fátima Brito de Rezende

PARA: Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda

Sr. Presidente,

Sou mestranda da Escola Politécnica Joaquim Venâncio e estou desenvolvendo dissertação com o tema “A formação de conselheiros e o fortalecimento do controle social no SUS: Um estudo sobre a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, no período de 2005/2012”.

A partir de então será realizado trabalho de pesquisa contendo coleta e análise dos materiais didáticos produzidos no período mencionado e entrevista com os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, com os conselheiros articuladores do Conselho Estadual de Saúde e secretárias executivas de ambos os conselhos.

Nesse sentido, venho através deste solicitar a colaboração de V.S^a, no sentido de incluir na pauta da próxima reunião deste conselho apresentação do referido trabalho com vistas a decisão do mesmo para aplicação da pesquisa em questão, assim como, autorizar a disponibilização dos materiais referentes às atividades de formação realizadas no período de 2005/2012.

Diante do exposto, espero poder contar com o apoio e colaboração deste Conselho Municipal de Saúde, no aguardo da data agendada (contato, pelo telefone 21-91344425 / 24-88241833 ou pelo e-mail fatrez.rezende3@gmail.com).

Atenciosamente,

Maria de Fátima Brito de Rezende

ANEXO B

Rio de Janeiro, 18 de dezembro de 2012.

DE: Maria de Fátima Brito de Rezende

PARA: Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro

Sr. Presidente,

Sou mestranda da Escola Politécnica Joaquim Venâncio e estou desenvolvendo dissertação com o tema “A formação de conselheiros e o fortalecimento do controle social no SUS: Um estudo sobre a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, no período de 2005/2012”.

A partir de então será realizado trabalho de pesquisa contendo coleta e análise dos materiais didáticos produzidos no período mencionado e entrevista com os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, com os conselheiros articuladores do Conselho Estadual de Saúde e secretárias executivas de ambos os conselhos.

Nesse sentido, venho através deste solicitar a colaboração de V.S^a, no sentido de incluir na pauta da próxima reunião deste conselho apresentação do referido trabalho com vistas a decisão do mesmo para aplicação da pesquisa em questão, assim como, autorizar a disponibilização dos materiais referentes às atividades de formação realizadas no período de 2005/2012.

Diante do exposto, espero poder contar com o apoio e colaboração deste Conselho Estadual, no aguardo da data agendada (contato, pelo telefone 21-91344425 / 24-88241833 ou pelo e-mail fatrez.rezende3@gmail.com).

Atenciosamente,

Maria de Fátima Brito de Rezende

ANEXO C

Rio de Janeiro, 18 de dezembro de 2012.

DE: Maria de Fátima Brito de Rezende

PARA: Conselho Nacional de Saúde – Brasília

Prezado(o) senhor(a),

Sou mestranda da Escola Politécnica Joaquim Venâncio – FIOCRUZ / RJ e estou desenvolvendo dissertação com o tema “A formação de conselheiros e o fortalecimento do controle social no SUS: Um estudo sobre a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, no período de 2005/2012”.

A partir de então será realizado trabalho de pesquisa contendo coleta e análise dos materiais didáticos produzidos no período mencionado e entrevista com os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Volta Redonda, com os conselheiros articuladores do Conselho Estadual de Saúde e secretárias executivas de ambos os conselhos.

Quanto ao trabalho de campo já foi encaminhado documento aos respectivos conselhos solicitando agendamento para apresentação do trabalho. Entretanto, para completar a dissertação preciso de **informações quanto aos recursos financeiros disponibilizados ao Conselho Nacional de Saúde para atividades de Formação de Conselheiros de Saúde no período de 2005 a 2012, assim como, as atividades de formação realizadas e material didático utilizado e ou produzido no mesmo período.**

Diante do exposto, espero poder contar com o apoio e colaboração deste Conselho no sentido de disponibilizar as informações solicitadas.

Contato, pelo telefone (21) 9134-4425 / (24) 8824-1833 ou pelo e-mail fatrez.rezende3@gmail.com

Atenciosamente,

Maria de Fátima Brito de Rezende

ANEXO D

PESQUISA SOBRE FORMAÇÃO DE CONSELHEIROS

Município: **Volta Redonda** - Data da pesquisa: ____/____/2013

1 - DADOS PESSOAIS:

1.1) *Idade:* ____ anos - 1.2) *Sexo* () feminino () masculino () Outro

1.3) *Escolaridade:*

1ª fase do 1º grau	() completo	() incompleto
2ª fase do 1º grau	() completo	() incompleto
2º grau	() completo	() incompleto
3º grau	() completo	() incompleto
Especialização	() completo	() incompleto
Mestrado	() completo	() incompleto
Doutorado	() completo	() incompleto

1.4) *Profissão:* _____

1.5) **Área de atuação** - Além do Conselho de Saúde – De que outras entidades, associações ou movimentos você participa:

- a) Associação de Moradores? () SIM () NÃO. Ocupa algum cargo de Direção?
() SIM () NÃO .Se afirmativo. Qual? _____
- b) Movimento Sindical? () SIM () NÃO. Ocupa algum cargo de Direção?
() SIM () NÃO . Se afirmativo. Qual? _____
- b) Partido político? () SIM () NÃO. QUAL? _____
Ocupa algum cargo no Diretório ? () SIM () NÃO.
- d) Movimento religioso? () SIM () NÃO. Qual? _____
- e) Outros movimentos? Especificar _____
- f) Nenhuma das alternativas ()

2 - SOBRE A SUA REPRESENTAÇÃO E ATUAÇÃO NO CONSELHO DE SAÚDE:

2.1) Desde quando você participa do Conselho de Saúde como conselheiro?

Desde _____ () Não sei responder

2.2) Qual o segmento que você representa no Conselho Municipal de Saúde?

Prestador () Profissionais de saúde () Usuários () Gestor () Não sei ()

2.3) Sua participação é como: Membro efetivo () Membro suplente () observador ()

2.4) Qual a instituição e ou entidade que você representa no Conselho?

2.5) Pense na 1ª vez que você foi escolhido para ser membro do Conselho de Saúde e responda: Porque você foi escolhido?

3 - SOBRE AS ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE E DOS CONSELHEIROS:

3.1) Você conhece as atribuições e competências do Conselho Municipal de Saúde?

() SIM () NÃO

3.2) E as suas atribuições como conselheiro, você conhece? () SIM () NÃO

3.3) Descreva pelo menos três das atribuições que você desempenha como conselheiro de saúde:

1- _____

2- _____

3- _____

3.4) Qual a maior dificuldade que você encontra ao exercer as suas atribuições de conselheiro de saúde? _____

3.5) Na sua opinião para que servem os Conselhos de Saúde (Municipal / Estadual e Nacional)?

4 - SOBRE FORMAÇÃO/CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS:

4.1) Você já participou de algum curso de formação/capacitação de conselheiros?

() SIM () NÃO

Em caso afirmativo, responda: Em que ano ocorreu? _____ Quem ministrou o curso? _____

Qual(is) o(s) assunto(s) tratado(s) no referido curso? _____

Cite pelo menos 2 questões que ficaram mais claras para você, como conselheiro, após o curso que você participou.

1 - _____

2 - _____

4.2) Como você tomou conhecimento sobre o curso de formação de conselheiros?

() através das reuniões do conselho () internet () comunicação por telefone () outros

4.3) Descreva em poucas palavras como é feita a escolha dos conselheiros para participar dos cursos de formação propostos.

4.4) Você conhece a política de formação de conselheiros do Conselho Nacional de Saúde?

() SIM () NÃO

Em caso positivo, descreva a política em poucas palavras.

4.5) Alguma vez você foi consultado sobre a organização de cursos de formação de conselheiros de saúde? () SIM () NÃO

Em caso afirmativo, relate como foi sua participação.

4.6) Tendo como base a sua experiência, quais os temas que você sugeriria para serem trabalhados nos cursos de formação, relacione no mínimo 3 temas:

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____

4.7) Na sua opinião quais são os desafios encontrados em relação à formação de conselheiros.

Volta Redonda, RJ, ____ de _____ de 2013.

OBRIGADA PELA SUA VALIOSA CONTRIBUIÇÃO.
