ALINE COSTA REZENDE

EDUCAÇÃO PERMANENTE DE CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DOS CURSOS DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Título de Mestre.
Linha de pesquisa: Educação Permanente em Saúde

Orientador:
Prof. Dr. Benedito Carlos Cordeiro

Niterói, RJ
2018

ALINE COSTA REZENDE

EDUCAÇÃO PERMANENTE DE CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DOS CURSOS DO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o SUS da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Aprovada em ____de _____ de _____.

Banca Examinadora

Presidente: Orientador Prof. Dr. Benedito Carlos Cordeiro - UFF

Primeira Examinadora: Prof.(a) Dr.(a) Maria Alice Junqueira Caldas - UFJF

Segundo Examinador: Prof. Dr. Gilson Saippa de Oliveira – UFF

Primeiro Examinador suplente:Prof.(a) Dr.(a) Vanusa Caiafa Caetano

Segundo Examinador suplente:Prof.(a) Dr.(a) Ana Clementina Vieira de Almeida - UFF

Niterói, RJ
2018

Dedico este trabalho ao meus pais que me alicerçaram e sempre acreditaram em mim, ao meu namorado que me encoraja e apóia e ao meu filho por ser meu maior motivo de crescimento e orgulho.

AGRADECIMENTOS

> “Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós” (Antoine de Saint-Exupéry).

À Deus pela vida e esperança num futuro sempre melhor.

Aos meus pais pelo apoio incondicional e pela fonte de inspiração de toda minha vida. E, especialmente, a minha mãe que, neste mometo, com todo seu amor, continuou sendo minha base de apoio.

Ao meu filho, Raphael, pela compreensão das minhas ausências e pelo amor incondicional que me deu força e coragem para seguir em frente para atingir meu objetivo, além da contribuição na criação do produto deste trabalho.

Ao meu namorado, Henrique, pela força, paciência e incentivo nessa trajetória.

Aos meus irmãos, Kátia e Marcelo, pelo companheirismo e amizade de uma vida inteira.

Às minhas sobrinhas, Carol e Luisa, pelo carinho de sempre e pelas opiniões na definição do logotipo do aplicativo.

À minha prima, Dra. Alice, pela amizade e disponibilidade para desenvolver a arte do logotipo do produto deste trabalho com todo seu talento.

Ao meu amigo, Lutianni, pela companhia, incentivo e compartilhamento das angústias das pesadas, porém, recompensadoras sextas-feiras.

Á turma MPES/2016 pela amizade e companheirismo de todas as horas e pela força para jogar a escada e concluir o curso.

Ao meu orientador, professor Doutor Benedito, por compartilhar seus conhecimentos e por amenizar minhas angústias com a condução tranqüila dessa caminhada.

Aos professores, Dr. Gilson, Dra. Ana Clementina e Dra. Alice, pelas valiosas contribuições para o refinamento e aprimoramento deste trabalho.

Aos conselheiros municipais de saúde de Leopoldina pela solicitude para contribuir para o desenvolvimento deste estudo.

À Roberta que, com sua prestatividade, me ajudou e acolheu desde o primeiro dia no MPES.

Aos professores do MPES pela dedicação e compromisso com o ensino e pela contribuição com meu crescimento profissional e intelectual.

O conhecimento sem a experiência é inútil.
A sabedoria que guardamos dentro de nós não proporciona nenhum benefício se for estática(...)
Se esse conhecimento é levado à prática, terá então valor.
O conhecimento se torna válido quando se traduz em ações que promovam o bem da humanidade.

Eugênia Puebla

RESUMO

O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde recomendam a educação permanente como estratégia transformadora para qualificação do controle social. Objeto de estudo: cursos de capacitação oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais para o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina/MG nos últimos dez anos, assim, o objetivo geral é avaliar tais cursos. Metodologia: estudo aplicado, qualitativo, exploratório, do tipo pesquisa de avaliação. Aprovada pelo CEP sob o número 1.963.490. Os participantes são os membros titulares e suplentes que compuseram o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina nos últimos dez anos e que participaram de, minimamente, um curso oferecido pelo Conselho Estadual de Saúde. Foram entrevistados 18 conselheiros e excluídos 15 que não foram localizados e um que não aceitou o convite. O instrumento de coleta de dados foi entrevista semiestruturada exploratória, por meio de roteiro de questões, e documentos do acervo do Conselho Estadual e Municipal de Saúde, como: materiais didáticos, atas, deliberações, planos de ação, relatórios de cursos e listas de presença. Tratamento e análise dos dados das entrevistas foram feitos à luz de Bardin e os documentos foram sistematizados e tabulados. Resultado: O perfil do cenário estudado é renda mediana de 2,82 salários mínimos, idade média de 54 anos, maioria do sexo feminino, grau de escolaridade médio e superior em sua maioria, baixa rotatividade de conselheiros, baixa participação em cursos e falta de paridade no conselho. Os conselheiros entrevistados conhecem bem suas funções e metade deles consideram sua atuação boa. Quanto à estrutura dos cursos, há poucos documentos que demonstram, porém, pode-se verificar que foram compostos, basicamente, por aulas expositivas e alguns com grupos de discussões. Para verificar se os cursos seguem os preceitos de educação permanente, foram investigadas três questões: origem da demanda, metodologia ativa e retorno prático. Observou-se que foram pacotes de cursos oferecidos para todo o Estado; não se pôde precisar se houve metodologia ativa ou o contrário em todos, mas, aparentemente, foram cursos híbridos; houve retorno prático para os conselheiros participantes. Considerações finais: os cursos avaliados não seguem todos os requisitos utilizados neste estudo para se enquadrarem como estratégia de EPS, contudo, apresentaram bons resultados com transformação nas atuações dos conselheiros, sem abranger todo o conselho devido à baixa freqüência de participação. O produto educacional elaborado é um aplicativo de celular chamado e-Saúde, composto por ícones com funcionalidades informativas e rodas de conversa, onde os conselheiros poderão problematizar as questões de saúde.

Palavras-chave: Educação continuada. Conselhos de Saúde. Capacitação.

ABSTRACT

The National Health Council and the Ministry of Health recommend permanent education as a transformative strategy for the qualification of social control. This dissertation has as object of study the training courses offered by the State Council of Health of Minas Gerais for the Municipal Health Council of Leopoldina / MG in the last ten years, so the general objective is to evaluate such courses. Methodology: Research approved by the CEP under the number 1.963.490. Applied, qualitative, exploratory study, of type evaluation research. The participants are the full and alternate members who have composed the Leopoldina Municipal Health Council for the last ten years and who participated in at last one course offered by the State Health Council. 18 councilors were interviewed and 15 were excluded who were not located and one who did not accept the invitation. The data collection instrument was an exploratory semistructured interview, through a script of questions, and documents of the collection of the State and Municipal Council of Health, such as: didactic materials, minutes, deliberations, action plans, course reports and attendance lists. Treatment and analysis of data fron the interweswere made in the light of Bardin and the documents were systematized and tabulated. Result: The profile of the studied scenario is a median income of 2.82 minimum wages, average age of 54 years old, majority female, middle and higher education degree in your most, low turnover of counselors, low participation in courses and lack of parity in the council. The interviewed counselors know their duties and half of then consider your acting good. As for the structure of the courses, there are few documents that demonstrate, however, it can be verified that they were composed, basically, by lectures and some with discussion groups. To verify that the courses follow the precepts of permanent education, three questions were investigated: source of demand, active methodology and practical return. It was observed that they were packages of courses offered for the whole State; it was not possible to determine if there was active methodology or the opposite in all, but, apparently, were hybrid courses; there was a practical return to the participating councilors. Final considerations: the evaluated courses do not follow all the requirements used in this study to fit as EPS strategy, however, they presented good results with the transformation of their actions, without covering the entire board due to the low frequency of participation in the courses.The elaborate educational product was a cell phone application called e-Health, made up of icons with informational features and talk wheels, where counselors could problematize health issues.

Keywords: Education Continuing. Health Councils. Training.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – PDR-SUS/MG..... 40
Figura 2 - Representação esquemática da análise de Bardin..... 46
Figura 3 – Representação esquemática do processo de Planejamento no SUS..... 74
Figura 4 – Gerações midiáticas..... 117
Figura 5 – Arco de Maguerez..... 125
Figura 6 – Logotipo do aplicativo e-Saúde..... 127
Figura 7 – Página inicial e de navegação do aplicativo..... 127

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Síntese da metodologia de estudo em relação aos objetivos específicos..... 47
Quadro 2 - Distribuição oficial dos membros e instituições representantes nos períodos de 2014-2016 e 2016-2018..... 49
Quadro 3 - Reestruturação dos segmentos de representação do Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina..... 52
Quadro 4 - Relação entre grau de escolaridade, tempo de atuação no conselho e participação nos cursos..... 60
Quadro 5 - Desempenho dos conselheiros de Leopoldina..... 65
Quadro 6 - Unidades de registro sobre as funções dos conselhos de saúde..... 68
Quadro 7 - Categorias sobre as funções dos conselhos de saúde iniciais..... 70
Quadro 8 - Categorias intermediárias sobre as funções dos conselhos de saúde..... 72
Quadro 9 - Categorias finais sobre as funções dos conselhos de saúde..... 73
Quadro 10 - Cursos oferecidos pelo CES/MG para o CMS de Leopoldina de 2007 a 2017 80
Quadro 11 - Relação de participantes por curso oferecido pelo CES/MG..... 82
Quadro 12 - Descrições do livro de ata do CMS Leopoldina..... 87
Quadro 13 - Deliberações do CES/MG..... 88
Quadro 14 – Deliberações do CMS de Leopoldina..... 90
Quadro 15 - Conteúdo das apostilas..... 92
Quadro 16 - Unidades de registro sobre melhoria da prática dos conselheiros..... 102
Quadro 17 - Subcategorias temáticas sobre melhoria da prática dos conselheiros..... 102
Quadro 18 - Categorias temáticas sobre melhoria da prática dos conselheiros..... 103
Quadro 19 - Unidades de registro sobre aplicação prática dos conhecimentos..... 106
Quadro 20 - Subcategorias temáticas sobre aplicação prática dos conhecimentos..... 107
Quadro 21 - Categorias temáticas sobre aplicação prática dos conhecimentos..... 107
Quadro 22 - Estratégias para aumentar a participação de conselheiros nos cursos..... 111
Quadro 23 - Opinião sobre importância de estratégias eletrônicas para capacitação..... 115
Quadro 24 - Ícones usados no aplicativo..... 128

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos conselheiros por faixa etária..... 54
Gráfico 2 - Quantidade de profissionais de saúde por segmento de representação..... 57
Gráfico 3- Comparação entre nível de ensino no Brasil e Região Sudeste..... 61
Gráfico 4 - Origem dos cursos..... 97
Gráfico 5 - Contribuição dos cursos para melhoria da prática de atuação no Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina…….. 101
Gráfico 6 - Aplicação dos conhecimentos apreendidos no(s) curso(s) na prática de atuação enquanto conselheiro..... 105

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ANATEL	Agência Nacional de Telecomunicações
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CES/MG	Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais
CEP	Comissão de Ética em Pesquisa
CISUM	Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata
CF/88	Constituição Federal de 1988
CGU	Controladoria Geral da União
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIES	Comissão de Integração Ensino e Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regional
COAP	Contrato Organizativo de Ações de Saúde
EAD	Ensino à distância
EC	Emenda Constitucional
EPS	Educação Permanente em Saúde
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
GRS	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transsexuais ou Tansgêneros
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Ameriana da Saúde
PA	Planos de Ação
PAS	Programação Anual de Saúde

PDCA	Plan/Do/Check/Act
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMAQ–AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RAG	Relatório Anual de Gestão
RDQ	Relatório Detalhado do Quadrimestre
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
RENASES	Relação Nacional de Serviços de Saúde
RREO	Relatório Resumido de Execução Orçamentária
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SARGSUS	Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologias da Informação e da Comunicação
TIMS	Tecnologias da Informação e Comunicação Móveis e sem Fio
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UOM	Unidade Odontológica Móvel

SUMÁRIO

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO		16
1	**INTRODUÇÃO**	18
1.1	**APRESENTAÇÃO E MOTIVAÇÃO DA PESQUISA**	18
1.2	**JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO**	19
1.3	**OBJETO DE ESTUDO**	20
1.4	**QUESTÕES NORTEADORAS**	20
1.5.	**DELIMITAÇÃO DOS OBJETIVOS**	20
1.5.1	OBJETIVO GERAL	20
1.5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
2	**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**	22
2.1	**CONTEXTUALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NO SUS**	22
2.2	**CONTRIBUIÇÕES DE PAULO FREIRE**	27
2.3	**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**	31
2.4	**POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL**	35
3	**PERCURSO METODOLÓGICO**	38
3.1	**TIPO DE ESTUDO**	38
3.2	**CENÁRIO DA PESQUISA**	38
3.3	**PARTICIPANTES DA PESQUISA**	40
3.3.1	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	41
3.3.2	RECRUTAMENTO	41
3.3.3	ASPECTOS ÉTICOS	42
3.3.4	RISCOS E BENEFÍCIOS	42
3.4	**TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**	43
3.4.1	ENTREVISTA	43
3.4.2	PESQUISA DOCUMENTAL	44
3.5	**TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS**	45

3.6 **SÍNTESE DO ESTUDO**..... 47
4 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**..... 48
4.1 **O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LEOPOLDINA**..... 48
4.2 **PERFIL DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE LEOPOLDINA ENTREVISTADOS**..... 52
4.2.1 RENDA..... 53
4.2.2 IDADE..... 53
4.2.3 SEXO..... 55
4.2.4 REPRESENTATIVIDADE..... 56
4.2.5 ESCOLARIDADE, TEMPO DE ATUAÇÃO NO CONSELHO E PARTICIPAÇÃO NOS CURSOS DO CES/ MG..... 60
4.2.5.1 Escolaridade..... 60
4.2.5.2 Tempo no exercício no controle social..... 62
4.2.5.3 Participação em cursos oferecidos pelo CES/MG..... 64
4.2.6 DESEMPENHO DOS CONSELHEIROS..... 65
4.2.7 OS CONSELHEIROS CONHECEM SUAS FUNÇÕES?..... 67
4.3 **CURSOS DE FORMAÇÃO OFERECIDOS PELO CES/MG PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LEOPOLDINA**..... 79
4.3.1 ESTRUTURA DOS CURSOS OFERECIDOS PELO CES/MG PARA O CMS DE LEOPOLDINA..... 79
4.3.1.1 Os cursos..... 80
4.3.1.2 Os Planos de ação dos cursos..... 83
4.3.1.3 Os Relatórios dos Cursos..... 85
4.3.1.4 Atas do CMS de Leopoldina..... 86
4.3.1.5 Deliberações do CES/MG..... 88
4.3.1.6 Recursos didáticos..... 92
4.3.2 OS CURSOS OFERECIDOS PELO CES/MG SEGUEM OS PRECEITOS DA EPS?..... 94
4.3.2.1 Demanda local ou pacote de curso?..... 95
4.3.2.2 Metodologia ativa..... 99
4.3.2.3 Retorno para a prática – transformação da realidade..... 101

4.3.2.3.1 Contribuições dos cursos para melhoria da prática dos conselheiros de Leopoldina – segundo depoimentos..... 101
4.3.2.3.2 Aplicação dos conhecimentos apreendidos no(s) curso(s) na prática de atuação enquanto conselheiro..... 105
4.4 **INVESTIGAÇÃO SOBRE A PERTINÊNCIA DO PRODUTO**..... 109
4.4.1 OS CURSOS SÃO NECESSÁRIOS?..... 110
4.4.2 ESTRATÉGIAS RECOMENDADAS PARA MELHORAR A PARTICIPAÇÃO EM CURSOS..... 111
4.4.3 ACESSO À INTERNET..... 114
4.4.4 OPINIÃO SOBRE EAD E FÓRUNS DE DISCUSSÃO ELETRÔNICOS..... 115
5 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**..... 119
6 **PRODUTO: e-SAÚDE, O CONSELHO ELETRÔNICO DE SAÚDE**.. 122
6.1 **APRESENTAÇÃO DO PRODUTO**..... 124
REFERÊNCIAS..... 130
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO. 147
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA..... 149
ANEXO 1 - CARTA DE ANUÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LEOPOLDINA..... 150
ANEXO 2 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... 151

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está estruturada em seis capítulos, sendo que no capítulo INTRODUÇÃO foram apresentados os argumentos que influenciaram a escolha do tema com sua justificativa e relevância para a saúde pública, a definição das questões norteadoras deste estudo e a delimitação do objeto e dos objetivos (geral e específicos) que pretende-se atingir.

O segundo capítulo discorre sobre a FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA utilizada para este estudo com reflexão sobre a contextualização da participação da sociedade no SUS enquanto processo democrático; ensinamentos de Paulo Freire sobre a relação opressor/oprimido e o processo ensino-aprendizagem na conjuntura do sujeito inacabado e integrado em seu meio e sua base dialógica e democrática para compreensão da Educação Permanente em Saúde (EPS); conceituação e visão de diversos autores sobre EPS e, finalmente, contextualização histórica da Política de Educação Permanente para o Controle Social.

O terceiro capítulo descreve, detalhadamente, o PERCURSO METODOLÓGICO de estudo proposto para responder aos objetivos deste estudo, contém as principais etapas para a realização da pesquisa e a fundamentação teórica que justifica cada escolha. Os itens desse capítulo descrevem o tipo de estudo, cenário e participantes da pesquisa, aspectos éticos, riscos e benefícios, técnicas e instrumentos de coleta de dados (entrevista e pesquisa documental), tratamento e análise dos dados.

O quarto capítulo apresenta os RESULTADOS E DISCUSSÃO com a pretensão de responder às questões de pesquisa formuladas. Para tanto, o capítulo está organizado nos subtítulos: O Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina, Cursos de Formação e Funções do Conselho de Saúde. O primeiro aborda a constituição e o perfil do Conselho que constitui o objeto deste estudo; o segundo analisa os cursos oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais para o Conselho Municipal de Saúde e Leopoldina sob os focos estabelecidos como escopo da pesquisa e, finalmente, o terceiro discute se os conselheiros participantes da pesquisa conhecem sua função a fim de determinar a coerência de suas percepções sobre os cursos.

O quinto capítulo traz as CONSIDERAÇÕES FINAIS com uma síntese dos aspectos mais relevantes constantes dessa avaliação, as principais contribuições deste estudo demonstrando suas limitações e sugestões para complementação com futuros estudos.

Finalmente, o sexto capítulo descreve o PRODUTO desenvolvido como estratégia de articulação e suporte na atuação dos conselheiros, cuja finalidade é auxiliar os Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde Leopoldina/Cataguases na tomada de decisão.

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO E MOTIVAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo compõe a linha de pesquisa Educação Permanente em Saúde, cuja oportunidade de coletar e analisar evidências científicas e a possibilidade de produzir um instrumento para alterar a realidade do Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina são proporcionadas pela inserção no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde: Formação Docente Interdisciplinar para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta desta pesquisa derivou da vivência profissional da pesquisadora na Gerência Regional de Saúde (GRS) de Leopoldina. Durante cinco anos de atuação como secretária-executiva da Comissão Intergestores Regional (CIR) Leopoldina/Cataguases, discutiu-se muito com a equipe gestora estadual sobre a qualidade documental, a articulação dos gestores e a participação dos Conselhos de Saúde nos processos decisórios. As conclusões empíricas, frequentemente, direcionaram para a fragilidade de conhecimento e inexperiência tanto dos gestores quanto dos conselheiros acerca das normas jurídicas, suas funções e responsabilidades gestoras.

As fontes de referência que permitiram a percepção da situação e motivaram a pesquisa foram os documentos municipais de decisão e aprovação apresentados nas reuniões de CIR, a procura constante de respaldo técnico dos conselheiros municipais de saúde junto à GRS para elaboração e análise de documentos e a colaboração com o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES/MG) na organização de uma capacitação para os conselheiros da Região de Saúde Leopoldina/Cataguases.

A partir dessa observação da atuação ineficiente dos atores municipais envolvidos na gestão do SUS, surgiu a indagação inicial para desenvolvimento deste estudo.

Atualmente, como Vice-Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina (CMS de Leopoldina) e cumprindo o primeiro mandato de conselheira, há possibilidade de visualizar o empoderamento do controle social sob uma ótica diferente da gestão. Esta experiência incorpora grande expectativa de colaboração com a sociedade local e contribui para reforçar o desejo de aprofundar este estudo.

1.2 **JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO**

Após 28 anos da instituição legal do controle social na saúde, percebe-se seu estágio inacabado. Sua trajetória deconstrução e implementação enfrenta dificuldades para se impor como entidade decisória política e social. Todavia, não se pode negar que houve progressos regulares e melhoria tímida na capacidade deliberativa durante esse período.

Para impulsionar o empoderamento do controle social, aponta-se a qualificação dos Conselhos de Saúde como estratégia potencial. O Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde recomendam a educação permanente como metodologia mais adequada para geração de mudanças nas práticas do controle social com vistas a subsidiar suas atuações com aplicação de senso crítico (BRASIL, 2006a;2009a).

Ceccim (2005a) explica que essa estratégia deve ter como ponto de partida a problematização da prática em busca de transformação no trabalho. O objetivo da formação e desenvolvimento dos profissionais deve gerar seu comprometimento com o sistema e não apenas torná-los detentores do saber sobre o objeto limitado da capacitação aplicada. Este é o resultado de pacotes de cursos verticalizados, incompatíveis com as necessidades locais e que baseiam-se na “concepção bancária”descrita por Paulo Freire (2016a; 2016b).

O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais ofereceu alguns cursos aos Conselhos Municipais de Saúde de todo o Estado. Apesar de os resultados da capacitação em um Conselho Municipal de Saúde específico ser o escopo deste estudo, a amplitude almejada não é somente a nível local. Espera-se que este possa ser um indicativo de necessidade de novas análises para a formatação dos cursos de formação para o controle social em todo o Estado de Minas Gerais, uma vez que os cursos, aparentemente, foram reproduzidos em várias, senão todas, as regiões de saúde do Estado com a mesma formatação.

Com o produto educacional, almeja-se complementar as ações de educação permanente, no primeiro momento, do conselho de saúde de Leopoldina e, futuramente, estender para a Região de Saúde Leopoldina/Cataguases e, possivelmente, para o Estado de Minas Gerais ou para o país. O impacto no cenário regional de gestão do SUS promete ser positivo, de forma que este articule conhecimento e prática tornando mais eficiente a discussão, mais eficaz a tomada de decisão para a construção das políticas públicas e mais empoderada a sociedade. Esses benefícios são essenciais para o sucesso na elaboração e fiscalização das ações e serviços, devido à complexidade da política de saúde e sua relação com diversos setores.

Quatro estudos que confirmam a necessidade de aprofundamento sobre este tema foram elencados para complementar a justificativa desta pesquisa. Aith (2015, p. 88) ressalta que “as opções jurídico-institucionais adotadas pela sociedade brasileira para a efetiva participação da sociedade no campo da saúde devem ser constantemente objeto de estudos e reflexões”. Ouverney, Moreira e Ribeiro (2016) afirmam que o processo de Educação Permanente para o Controle Social no SUS não se consolidou e ponderam sobre a escassez de estudos sobre o processo, resultados e impactos da implantação dessa Política. Gigante e Campos (2016) relatam a importância de pesquisas sobre acompanhamento da implantação/implementação da Política Nacional de Educação Permanente. Jurberg, Oliveira e Oliveira (2014) afirmam que um dos gargalos para a efetiva participação social é a capacitação.

1.3 **OBJETO DE ESTUDO**

Cursos de qualificação oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais para os conselheiros municipais de saúde de Leopoldina.

1.4 **QUESTÕES NORTEADORAS**

- Como foram estruturados os cursos oferecidos pelo CES/MG?
- As estratégias adotadas pelo CES/MG para qualificar os conselheiros seguem os preceitos da educação permanente como metodologia problematizadora?
- Como os conselheiros compreendem a função dos conselhos de saúde?

1.5 **DELIMITAÇÃO DOS OBJETIVOS**

1.5.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar os cursos de qualificação oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais para o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se os conselheiros conhecem suas funções.
- Descrever a estruturação dos cursos oferecidos pelo CES/MG.
- Avaliar se as estratégias adotadas pelo CES/MG para qualificar conselheiros seguem os preceitos educação permanente como estratégia problematizadora.
- Propor um produto educacional como estratégia de intervenção para subsidiar o processo de decisão e colaborar para o empoderamento do controle social.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 RESGATE HISTÓRICO DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NO SUS

Com o fim da ditadura militar, na década de 1980, o Brasil constituiu-se em Estado Democrático de Direito. A democracia é considerada uma conquista social promovida pela efetividade da participação popular e pela consciência sanitária, cujos valores são embasados no dever do Estado e no direito social. Já a cidadania é o fundamento da República Federativa do Brasil que respalda a democracia e a estrutura da sociedade nos direitos fundamentais de liberdade de opinião, de reunião e de organização, expressos na Constituição Federal, além de delimitar o espaço de participação (COELHO, 2012).

A transição entre o regime ditatorial e democrático ocorreu de forma gradativa e perdurou por 10 anos (GERSHMAN, 2011). Teve início em 1974 e atravessou vários momentos.

Dentre os quatro modelos de transição da democracia existentes - pactuado, imposto, reformista e revolucionário – o Brasil adotou no primeiro momento o modelo imposto, caracterizado pela decisão unilateral dos próprios militares para mudar o regime existente e se prolongou até 1979. A pactuação política entre as elites civis e militares e a oposição moderada sucedeu esse momento e, posteriormente, até a sucessão do general Figueiredo, os movimentos sociais civis ganharam força e desestabilizaram o regime militar. A inclusão da sociedade civil nesse processo decorreu da sua postura crítica e compreensão da cidadania como direito social (GERSHMAN, 2011).

Ainda na década de 1970, iniciou, concomitantemente, o movimento de democratização da saúde com a participação de vários atores sociais e culminou na criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde – CEBES. Sua proposta era a criação do sistema de saúde descrita no documento “A Questão Democrática da Saúde”, em 1979, baseado no documento “A questão democrática na área da saúde” do mesmo ano, de autoria de Hésio Cordeiro, José Luiz Fiori e Reinaldo Guimarães. Esses documentos representaram um marco na Reforma Sanitária por apresentar proposições sólidas para a política de saúde (PAIM, 2008). O autor ainda pondera a diferença entre a Reforma Setorial ocorrida em outros países da América Latina e a Reforma brasileira que, ao invés de ser orientada pela economia nacional ou internacional, desenvolveu-se numa conjuntura de transição democrática, com intensa participação da sociedade civil (PAIM, 2008).

Para demonstrar essa participação maciça, Carvalho (1993) relaciona as associações com importante participação e histórico de luta nesse processo e acrescenta que, além do CEBES, houve participação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, Associação dos Médicos Sanitaristas, Associação Paulista de Saúde Pública e outras que abraçaram a questão da saúde, como: Comunidades Eclesiais de Base, as Sociedades Amigos de Bairro e outras Associações de Moradores, Sindicatos de Trabalhadores.

À medida que o processo de democratização avançava, o Movimento Sanitário se materializava pela inserção do departamento de medicina preventiva nas faculdades, implantação de políticas de saúde alternativas ao modelo militar por meio dos programas de extensão universitários, posturas adotadas por algumas secretarias municipais de saúde e ocupação de cargos técnicos-administrativos no Ministério da Previdência Social.

A conquista cidadã adquiriu corpo ao se tornar o objeto desencadeador da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a proposição de políticas sociais democráticas, o que direcionava para a Reforma Sanitária (PAIM, 2008) e foi consolidada pela promulgação da Constituição Federal de 1988 e pelas duas Leis Orgânicas da Saúde de 1990 (CARVALHO, 1993). O que, de fato, sustentou a reforma foram as críticas ao financiamento do setor privado com recursos públicos (PAIM, 2008).

Para entender melhor o valor da cidadania no SUS, considera-se sua fundamentação pelos princípios doutrinários e organizativos do sistema de saúde expressos na Lei 8080/1990 (BRASIL, 1990a), como a universalidade, a integralidade, a equidade e a partipação da comunidade, a preservação da autonomia das pessoas em defesa da sua integridade, direito à informação aos usuários assistidos e divulgação das ações.

A participação da comunidade foi prevista como uma das diretrizes do SUS no artigo 198 da Constituição Federal e foi concretizada na Lei Federal nº 8142, de 1990 (BRASIL, 1990b), a partir da instituição de duas instâncias colegiadas: Conferências e Conselhos de Saúde. As Conferências são assembleias que reúnem-se a cada quatro anos com a participação dos diversos segmentos sociais para avaliar, discutir e propor soluções para a situação de saúde. Os Conselhos são colegiados que atuam em cada esfera de governo para formular estratégias e controlar a execução das políticas públicas de saúde. A composição dos dois colegiados deve ser paritária, sendo: 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e representantes do governo local (BRASIL, 2012c). A lei supracitada, no intuito de garantir a participação social, adicionou o critério de criação de conselhos paritários para garantir o repasse financeiro federal, juntamente, com outros fatores (BRASIL, 1990b).

Os Conselhos e as Conferências são, de fato, espaços de participação popular devido à amplitude de suas atribuições que incluem a proposição de políticas públicas, direito de voz nos espaços de decisão e orientação à Administração Pública sobre medidas para atender aos interesses públicos, além de incluir as ações ditas do controle social, como controle e fiscalização da aplicação de recursos (ROLIM, CRUZ E SAMPAIO, 2013).

Numa análise da Lei 8142/90, Carvalho (1993) infere que a cidadania é o maior direito de um povo, uma vez que preconiza a igualdade entre as pessoas perante a lei. O vínculo Estado/sociedade é fortalecido pelas organizações populares e sua institucionalização é mantida pelo fortalecimento da participação popular nos espaços de negociação (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014). Todavia, Conselhos e Conferências de Saúde não são os únicos espaços de participação social existentes, tampouco, suficientes para a intervenção da sociedade na gestão (COELHO, 2012). Carvalho (1993) especifica esses mecanismos constitucionais de participação e os classifica em genéricos e específicos.

> Os genéricos estão em medidas judiciais como o mandato popular e outros, a defesa do consumidor, com seu código posterior, o direito a informações, o uso do legislativo como um todo e de suas várias comissões. Para a área específica de saúde foram garantidos três outros mecanismos específicos. O Ministério Público que tem que zelar pelos setores considerados de relevância pública e foi só a saúde que conseguiu esta qualificação na Constituição. Os Conselhos de Saúde com sua formação paritaria: de um lado cidadãos usuários e de outro administradores, prestadores e trabalhadores de saúde, com seu caráter deliberativo e sua competência inclusive na auditoria financeira. Para auscultar a comunidade criou-se o grande fórum que são as Conferências de Saúde, municipais, estaduais e nacional (CARVALHO, 1993).

Todos esses espaços são caracterizados como “espaços públicos de aprendizado democrático e produção de um plano de visibilidade” (GUIZARDI, 2015, p. 5). Dentre eles, os aclamados para discussões e deliberações são os Conselhos de Saúde, cuja prerrogativa é fortalecer a cidadania e o processo democrático pela inclusão de representantes de vários segmentos de forma paritária que devem deliberar com ênfase no interesse público (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2015; MÜLLER NETO; ARTMANN, 2014).

Essa inclusão da participação social na saúde foi o gatilho para introduzir a discussão sobre democracia participativa e deliberativa no SUS, assim como a limitação imposta à democracia representativa (JORGE; VENTURA, 2012). A prerrogativa da gestão participativa no SUS é fortalecer a cidadania, uma vez que conscientiza os usuários dos seus direitos e deveres na condução das políticas públicas, torna os cidadãos críticos sobre o sistema político e proporciona a visão universal do sistema de saúde (PAIVA; STRALEN; COSTA, 2014). Em outras palavras, Silva e Pelicioni (2013, p. 565) reformulam o conceito

de participação social como “modelo de cogestão social que incorpora a negociação como instrumento de interação entre os atores sociais". Tudo isso significa o empoderamento da população.

Para Carvalho e Gastaldo (2008), o empoderamento tem duas faces: psicológico e social/comunitário. O primeiro significa a autoconfiança individual e implica no sentimento de solidariedade, o que é insuficiente para qualificar o controle social. O segundo reflete a capacidade de legitimação dos movimentos sociais. Essas teorias necessitam de reflexão das estratégias de empoderamento para não incorrer no erro de supervalorizar a responsabilidade individual em detrimento da social sobre os problemas de saúde que pode suscitar a culpabilização da população.

Quando a população conscientiza-se de sua força para intervir sobre o interesse público e das debilidades da condição de saúde, consequentemente, mobiliza-se para enfrentá-la, tornando-se capaz de transformar a sociedade (COELHO, 2012). Cotta, Cazal e Martins (2010) enfatizam a importância da divulgação das ações do controle social para a população, tornando-a corresponsável pelo processo, a fim de conferir visibilidade e transparência às suas ações.

Nesse contexto, a comunicação é considerada importante fonte deflagradora da democratização e capaz de influenciar a atuação do Estado e o limite da participação da sociedade civil (JORGE; VENTURA, 2012). A difusão das informações divulga o processo de gestão e aprimora o mecanismo de controle da sociedade sobre as ações governamentais. A comunicação nos Conselhos ainda é incipiente, pois a população, como usuária e provedora do SUS, até então não está, verdadeiramente, incluída no processo porque não conhece de forma satisfatória o conselho de saúde, suas ações, seu poder e sua relevância e, consequentemente, “o Controle Social sem o conhecimento e aval da própria sociedade pode tornar-se apenas uma falácia”. O reconhecimento dessas instituições depende de estratégias que elas mesmas adotam para tornarem-se evidentes à sociedade (DUARTE; MACHADO, 2012, p.136).

Outro aspecto importante de ser analisado sobre a participação social é sua inserção na promoção da saúde como uma de suas principais conquistas (PONTE E COL, 2012), o que evita que a omissão do poder público responsabilize a sociedade pelas ações de promoção fracassadas e induza a população a reconstruir as políticas ao transferir para ela seus deveres. Esta é uma forma de culpabilização da vítima, fato que pode ocorrer devido à sobreposição de poder do conhecimento técnico sobre o popular, quando este é desqualificado (SILVA; PELICIONI, 2013).

É o capital social que fundamenta a participação nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (SILVA; PELICIONI, 2013). Sobre essa questão, Cavalcanti, Cabral e Antunes (2012) consideram o conselho fomentador da cultura e do capital social, podendo ser expressivo na transformação social.

Em suma, a participação é um mecanismo de politização e interferência da população na decisão, acompanhamento, avaliação do sistema, de forma que a diversidade dos segmentos de representação contribui para a construção de políticas multifocais e multifatoriais (COELHO, 2012) e para "o aumento da transparência da gestão das políticas e da base de legitimidade das políticas sociais" (ANDRADE;VAITSMAN, 2013, p. 2061). Isso confere o caráter autônomo e institucionalizado do controle social que são garantias democráticas de intervenção na saúde (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2014). Para que a participação tenha esse valor, é necessário munir os representantes de informações, pois resultados de estudos demonstram que esse poder decisório está diretamente relacionado à qualidade do conhecimento dos conselheiros sobre as políticas públicas (ANDRADE; VAITSMAN, 2013).

Até os dias de hoje, a democracia e a cidadania não se consolidaram como foram idealizadas. Cotta e col (2011) demonstram isso ao refletirem sobre a realidade da cidadania no Brasil depois de 23 anos da promulgação da Constituição Cidadã e identificam uma cidadania reversa caracterizada pela exclusão e marginalização social, onde o Estado determina de forma unilateral as prioridades, conforme suas conveniências, isto é, as classes dominantes concedem a cidadania para as demais, conforme seus interesses. Essa dificuldade para consolidar a cidadania é reflexo das condições sócio-econômicas (VALLA, 1992). Nessa perspectiva, Valla (1992) dividiu a cidadania em dois tipos: "cidadania de vigilância ou de abundância" em que a sociedade fiscaliza os serviços existentes e "cidadania de escassez ou de sobrevivência" em que é necessária a proatividade da sociedade para lutar pelos serviços de saúde devido à inércia da Administração. Apesar dos seus quase 30 anos, essa classificação ainda é atual, pois, no Brasil, ainda coexistem as duas formas.

No momento, o Brasil está imerso em uma grave crise econômica e política associada à fragilidade democrática, visto que o povo encontra-se inerte às medidas adotadas, recentemente, pelo governo, o que exacerba a desigualdade social. Esse cenário desestrutura a cidadania por suprimir importantes conquistas derivadas da luta da sociedade pelos seus direitos e em prol das políticas públicas (COELHO, 2012), como o desmanche do SUS que começou com o congelamento do financiamento por 20 anos e está se desdobrando em discussões no Congresso Nacional com proposta de suprimir seu caráter universal e reduzir,

significativamente, o poder deliberativo dos conselhos de saúde. O impacto dessa crise na saúde deve resgatar seu conceito amplo como um direito fundamental constituído por fatores intersetoriais determinantes e condicionantes, cujo desequilíbrio ocasiona o contraste nas condições sociais e impacta diretamente sobre a condição de saúde da população. Numa tentativa de contornar essa conjuntura, a consonância entre a participação, enquanto capital social, e a promoção da saúde estimula o empoderamento da população, o que confere a possibilidade de intervenção nas políticas e na qualidade de vida (PONTE E COL, 2012; SILVA; PELICIONI, 2013) e estimula a luta social para mudar esse cenário.

Conclui-se que o resultado do formato de participação popular utilizado pelo SUS ficou muito aquém das perspectivas traçadas legalmente enquanto meio de exercer a democracia na saúde (GUIZARDI, 2015). Estudos têm demonstrado dificuldades no funcionamento dos conselhos como, por exemplo, participação insuficiente dos membros, debilidade na relação entre representantes e suas instituições de referência, relações de poder assimétricas (BISPO JÚNIOR; GERSCHMAN, 2015), representatividade fraca, infraestrutura inadequada, falta de autonomia, interesses dos gestores prevalentes, dificuldade de entendimento da linguagem típica da saúde por alguns grupos e relações de poder desiguais (GUIZARDI, 2015).

Os nós expostos sobre o empoderamento, a relação de poder existente nos espaços de negociação do SUS, a fragilidade na capacidade crítica, conscientização sobre cidadania, autonomia e outros possíveis obstáculos para que os colegiados funcionem como verdadeiros espaços democráticos podem ser desatados pela perspectiva freireana a fim de tornar a participação social inclusiva, consciente e crítica, sobretudo pelo empoderamento dialógico equânime entre os segmentos sociais que compõem o conselho.

2.2 CONTRIBUIÇÕES DE PAULO FREIRE

Paulo Freire foi um educador revolucionário, cujas ideias marxistas, libertadoras da classe oprimida do capitalismo, tornaram-se referencial na educação popular. Sua concepção referencia a educação como ato político em prol dos excluídos, cujo foco é o processo de aprendizado crítico consciente dos sujeitos por meio do diálogo permanente que, enquanto seres inacabados, são capazes de reconstruir a realidade. Para ele, a educação é popular por mobilizar a classe trabalhadora a fim de contestar o sistema político e a ordem econômica e é transformadora devido ao cunho político do trabalho educativo onde o sujeito torna-se agente

político para humanizar a sociedade e para agregar cultura ao mundo. Isso caracteriza a democratização da cultura, chamada de cultura popular, que forma identidades coletivas e fortalece a participação popular nos movimentos devido à ruptura da escola burguesa tradicional opressora caracterizada pelo trabalho com conteúdos engessados, descontextualizados, antidialógicos e passivos por meio da humanização (MACIEL, 2011).

Na desigualdade de classes sociais, observam-se duas figuras antagônicas, a do opressor e do oprimido. O primeiro é um ser desumanizado, impositor de regras e com grande influência sobre o outro para manutenção de seu poder. O oprimido, por sua vez, se deixa influenciar, não por vontade própria, mas por desconhecer-se nesta situação (FREIRE, 2016a).

Com a conscientização da relação de opressão, o oprimido busca a restauração das relações humanizadas sem inverter os papéis ao ponto de tornar-se opressor do opressor e sim, libertador de ambos. Essa potencialidade pertence apenas aos oprimidos, pois somente eles buscam a libertação de ambos os atores nesse processo (FREIRE, 2016a).

Essa transformação se dá por meio da organização que une os oprimidos pela luta de uma causa em comum pela prática de comunicação dialógica crítica e libertadora. Contrariamente, o "antidiálogo" pode domesticá-los pela "sloganização" ou transformá-los em "massa de manobra" pela carência de reflexão ou alienação (FREIRE, 2016a, p. 95-96).

Contextualizando com o tema desse estudo, a relação existente dentro dos conselhos de saúde e entre estes e o poder público pode traçar um paralelo com essa relação estabelecida por Freire. Muitas vezes, implica uma relação de disputa pelo poder que, se desequilibrada, passa a configurar uma dessas formas de opressão. Para minimizar este fator, os membros do controle social têm que buscar conhecimento e consciência crítica da realidade para empoderar-se e transformar a sua atuação.

Carvalho e Gastaldo (2008) refletem sobre o empoderamento sob a perspectiva de mudança social inspirada por Paulo Freire e embasadas na luta de classes, presença de relações opressoras e exclusão social. Esse paradigma crítico-social considera que todos os fatos cotidianos sofrem relações de poder que precisam ser neutralizados por meio da sua problematização e compreensão.

O olhar social/comunitário do empoderamento é influenciado por Paulo Freire por expressar a luta pelos direitos sociais em que a sociedade e os indivíduos influenciam-se mutuamente. O empoderamento é definido como um processo que "conduz à legitimação e dá voz aos grupos marginalizados", promove condições para vida saudável e ainda indica processos que promovem a participação social (CARVALHO; GASTALDO, 2008. p. 2031).

Longhi e Canton (2011) acrescentam que a participação popular na saúde ocorre em espaços de luta vulneráveis à mudança na estrutura social, seja por meio deliberativo em espaços públicos institucionalizados ou não. Em suma, para que a sociedade modifique seu *status quo*, são necessárias a libertação crítica dos envolvidos pela própria organização e a luta pela transformação.

Em contraposição, Freire (2016b) traz a concepção "bancária" como negação a dialogicidade e, dessa forma, "serve à dominação", desumaniza e impede a libertação. A educação problematizadora é antagônica e realiza a "superação", desenvolve a criticidade e favorece a troca de saberes entre educador-educando, de forma que ambos tornam-se ativos no processo e aprendem e ensinam concomitantemente. Caracteriza-se como pedagogia libertadora, em que o processo ensino-aprendizagem possibilita a construção do conhecimento contextualizado com o mundo.

De acordo com Menezes e Santiago (2014), o diálogo é a chave para a formação da personalidade democrática que desmantela o autoritarismo. Essa comunicação envolve a capacidade para escutar e falar respeitosamente e humildemente de forma a conduzirem à interação e partilha de diferentes concepções e manterem a esperança de que é possível a desejada transformação.

Na leitura de Arruda e col. (2008) sobre Paulo Freire, o educador tem que ser democrático com relação dialógica, não antagônica, com seus alunos, caso contrário, ele torna-se autoritário. O educador não é um transmissor nem um mero facilitador de aprendizagem, ele e o aluno são interlocutores no processo.

Há mútua interferência entre conhecimento e mundo na reflexão e na prática, de forma que o aprendizado desenvolve-se em todos os ambientes. Quando o ser humano não se manifesta para transformar a realidade, está renunciando à sua responsabilidade ética, sua responsabilidade de participar do mundo (FREIRE, 2016b).

Freire (2016b) relata que, quando há contextualização do conhecimento, as partes envolvidas são humanizadas, de forma que um dos princípios fundamentais é a transformação da consciência ingênua em crítica devido à ética, a partir do cultivo de valores de liberdade, honestidade, sinceridade e integridade. Quem aceita o mundo sem visão crítica não é sujeito da história, e sim objeto treinado para aceitar a realidade.

Beisiegel (2010) explica a transformação das consciências pelo momento histórico de Revolução Industrial, urbanização e aumento do perfil de consumo da população. A mudança de consciências afetou os indivíduos e grupos que aprenderam a conduzir-se diante desses determinantes como sujeitos. Porém, somente a conjuntura histórica não era suficiente para

causar essa mudança, que, apesar da mobilização popular eminente, necessitava da educação popular para concretizar a transformação. O autor define consciência ingênua como existência bruta, presa às coisas, isenta de subjetividade e perspectiva histórica. Também define consciência crítica como libertação e desprendimento das coisas pela historicidade.

A aprendizagem problematizadora considera as experiências pregressas do indivíduo contextualizadas com o ambiente social em que está inserido. Respeito à identidade, à cultura e à curiosidade é fundamental para que os alunos assumam-se como sujeito do aprendizado e para criar ambiente para exercitar a autonomia. Treinamento técnico e programático não cria este ambiente, impõe ao aluno o papel de recipiente de conteúdo. Apreender o conhecimento é o aprendizado verdadeiro e não pode ser por memorização, tem que construir o conhecimento do objeto a partir da crítica (FREIRE, 2016b).

Carvalho e Gastaldo (2008) consideram oempoderamento uma ferramenta importante para ponderar as práticas de Educação em Saúde enquanto "educação empoderadora". Esta baseia-se no diálogo e na cogestão e exerce o "poder-com-o-outro" em substituição ao "poder-sobre-o-outro". Estabelecendo um vínculo com Paulo Freire, eles rejeitam a metodologia da educação tradicional em prol da educação problematizadora cuja essência está na capacidade de aprender a escutar para dialogar.

Freire (2016a) infere que o processo de aprendizado problematizador está em permanente construção como prática revolucionária, profética e esperançosa. A transformação é a força motriz para a vida e seu ponto de partida está no próprio homem e em sua relação com o mundo. O inacabamento do ser humano é próprio de sua existência devido à consciência de sua imperfeição, portanto, capaz de se educar de forma transformadora.

Fávero (2011) faz a intermediação entre as idéias de Freire, Educação Permanente e Educação Continuada e exprime o mal-entendimento ou má-aplicação desses termos como a restrição à educação continuada de profissionais da educação.

> Entender o homem como ser inacabado e a educação como processo permanente de "acabamento" decorre de ampla discussão, em âmbito mundial, provocada pelas limitações dos sistemas escolares e que deu origem aos estudos de educação permanente e às propostas de educação continuada (FÁVERO, 2011, p. 5).

Traçado o paralelismo da relação de opressão existente na sociedade e a relação de poder evidente em alguns Conselhos de Saúde sob a perspectiva de Freire, correlaciona-se também sua análise sobre a educação e a Educação Permanente em Saúde (EPS).

A Educação Permanente em Saúde trabalha com oconceito problematizador. A aprendizagem no serviço traduz a realidade, de forma que os envolvidos utilizem sua vivência

como instrumento e fonte de conhecimento. Somente assim consegue-se conhecer as necessidades locais para intervir significativamente na origem dos “problemas” com intuito de gerar a mudança necessária e quebrar o paradigma existente na relação de poder.

2.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A saúde é um campo rico em siglas e expressões semelhantes com significados diferentes. O estudo de Falkenberg e col (2014) descreve os diversos neologismos e seus conceitos. Para esses autores, há duas modalidades distintas de educação em serviço: a educação permanente e a continuada que, muitas vezes se confundem e são usadas como sinônimas. Dessa forma, consideram os cursos de formação exemplos de educação continuada por terem período definido e metodologia tradicional. A educação permanente é definida por capacitações demandadas pelo serviço e caracterizadas pela problematização do processo de trabalho a fim de transformar as práticas e a organização do trabalho.

Arruda e col. (2008, p. 521) consideram a educação permanente e a continuada como “momentos diferentes de um mesmo processo de aprendizagem. Juntas, guardam a síntese do que Edgar Morin chama de dialógica; processos que são ao mesmo tempo antagônicos, concorrentes, mas complementares”.

Para Ceccim (2005b, p. 162), a Educação Permanente em Saúde possui três facetas, conforme o momento e a finalidade que é empregada: Educação em Serviço, Educação Continuada e Educação Formal de Profissionais. No sentido de Educação em Serviço, a associação de conteúdos, instrumentos e recursos objetivam a formação técnica segundo projetos de mudança institucional ou político; enquanto Educação Continuada, “quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos” e a Educação Formal de Profissionais é responsável pela integração ensino-serviço.

Silva e Peduzzi (2011) consideram tanto a educação quanto o trabalho como práticas sociais onde a primeira está inserida no segundo. Apenas a instrumentalização técnico-científica não é suficiente para o escopo de ações integrais que os profissionais de saúde estão propensos a realizar. Dessa forma, os autores estabelecem duas dimensões de interação ensino-serviço: ação instrumental voltada para o processo de trabalho técnico e interação social constituída pela comunicação e intersubjetividade. Para esses autores, a educação

permanente resgata o diálogo nos locais de trabalho, onde ainda prevalecem a instrumentalização e a educação continuada.

Ceccim e Feuerweker (2004) aprofundam mais o tema e integram gestão e controle social à definição anterior e estabelecem como conceito pedagógico de Educação Permanente em Saúde a relação ensino-serviço, a partir da articulação entre a educação, assistência, gestão e controle social, denominado Quadrilátero da Formação. Os autores também defendem que a formação não deve ser exclusivamente tecnicista, pelo contrário, deve desenvolver as políticas de cuidado, com ênfase nas condições de atendimento de saúde, gestão e controle social. Dessa forma, a análise do desenvolvimento tecnoprofissional, ordenamento da rede de atenção e relação com o controle social medem a qualidade da formação profissional. A engrenagem da saúde funciona a partir da formação de profissionais que, em seus postos de trabalho relacionam-se com os usuários e, essa interação determina a qualidade da assistência. Nesse ínterim, a incorporação constante de novas tecnologias na saúde demanda educação permanente dos profissionais. Em suma, "somando-se a participação social à metodologia educativa de Paulo Freire, forma-se uma base sólida para a Atenção Primária à Saúde integral" (CRUZ E COL., 2012, p. 1092).

O modelo de educação tradicional que atua por meio da transmissão de informações separa teoria e prática e não é mais suficiente, pois a formação na saúde deve ser cidadã por meio de intervenção humanista e reflexiva que permitirá aos profissionais atuarem de forma integrada. Os profissionais formados na perspectiva tecnicista reúnem as características opostas às propagadas por Paulo Freire, ou seja,são caracterizados pela "profissionalização mecanicista, individualista, acrítica e reprodutiva do trabalho em saúde" (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008, p. 722).

Lemos (2016) faz uma retrospectiva histórica da Educação Permanente onde descreve que este termo foi oficializado na França em 1956 por um documento sobre prolongamento da escolaridade e reforma do ensino público. Foi difundido pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) no final da década de 1960 com objetivo de qualificar o recurso humano como forma de aumentar a produtividade e, finalmente, a Educação Permanente em Saúde foi definida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) na década de 1980, num contexto de reestruturação social, econômica e política. A educação permanente toma forma no Brasil na área da saúde por ser competência do SUS a formação de recursos humanos.

Em 2007, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 1.996 que reconheceu que a Educação Permanente é o método pedagógico satisfatório para as ações educacionais na saúde. Essa

portaria ministerial dispôs sobre as diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007).

Educação Permanente é conceituada a partir da interrelação entre o processo de trabalho e as metodologias de ensino para desenvolvimento profissional, considerando o contexto social em que eles estão inseridos.

> A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2009a, p. 20).

O desenvolvimento da Política de Educação Permanente é efetivado de forma ascendente entre os entes federativos e considera as peculiaridades de cada Região de Saúde com intenção de superar as desigualdades, suprir as necessidades educacionais no trabalho e complementar as ações educacionais formais (BRASIL, 2009a, p. 7-8). Segundo Ceccim (2005b), esta política tem uma das mais nobres metas formuladas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho.

Para Vendruscolo e col. (2016, p. 135), essa metodologia de ensino-aprendizagem provoca a transformação da realidade porque possibilita a participação ativa do sujeito no processo de aprendizado e o desenvolvimento da criticidade por meio de reflexão e diálogo sobre o processo de trabalho. O resultado almejado é a ressignificação das práticas e teorias envolvidas. Segundo Arruda e col. (2008, p. 521), essa reflexão ocorre por meio de estudos de casos e trocas de experiências que permitem que os alunos aprendam a aprender "que comporta correções, modificações, adaptações dinâmicas, sendo esta a base do processo de auto-renovação capaz de produzir mudanças profundas nos seres vivos". Lima e Coelho Júnior (2017) reiteram que a educação é essencial para mudar a realidade a partir de sua capacidade cognitiva e crítica de analisar, compreender e dar sentido ao mundo.

Tanto Antunes (2002) quanto Freire (2016b) destacam que o processo de ensino-aprendizagem ocorre a partir da interação do indivíduo com seu ambiente de inserção. Para transformar o saber, necessita usar as experiências pregressas dos indivíduos que, segundo

Antunes (2002) ocorrem por meio de associações de conhecimentos que dão “significado aos objetos”. Freire (2016b, passim) complementa destacando que ensinar exige muito mais que usar conteúdos disciplinares, pois envolve vários princípios, como: ética, respeito, crítica, corporeificação das palavras, apreensão da realidade, diálogo, consciência do inacabamento, curiosidade como força motriz para a aprendizagem, entre outros.

Lemos (2016) acrescenta que a educação permanente é um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação em saúde entendida como meio de transformar a prática e organizar a atenção. Essa finalidade fundamenta-se pela micropolítica do trabalho vivo, método da roda e problematização/aprendizagem significativa. O primeiro reconhece o espaço capaz de gerar mudanças institucionais por valorizar as tecnologias leves pela humanização e comprometimento com o cuidado; o método da roda empenha-se na criação de espaços sem hierarquias de diálogos e negociações entre os componentes do quadrilátero a fim de solucionar as questões relativas à saúde; finalmente, a problematização/aprendizagem significativa desenvolvem a criticidade e consideram no processo a individualidade de cada aprendiz envolto na construção de sentido para a sua realidade.

Ceccim (2012) pondera que os treinamentos pontuais não desenvolvem competências profissionais e também elege as metodologias ativas ou rodas de conversa para obter esse resultado devido à sua prerrogativa de estimular a troca de conhecimentos e experiências.

A proposta de mudança e melhoria institucional do Ministério da Saúde por meio da educação permanente vai ao encontro do pensamento de Ceccim (2005a, p. 979) que a descreve como “ato político de defesa do trabalho no SUS” para atender aos anseios da população e conquistar a adesão dos trabalhadores, como “processos vivos de gestão participativa e transformadora”.

Ceccim (2005a, p. 979) ainda declara que a audácia da política de educação permanente foi a redução da compra de “pacotes de cursos”, “treinamentos aplicados, pontuais e fragmentários” e “contratação de consultores para análise e tomada de decisões”, uma vez que essas estratégias demonstraram-se frágeis e ineficazes. Vendruscolo e col. (2016) elucidam que a educação permanente supera as capacitações pontuais devido à sua capacidade de estimular o senso crítico e a interação entre a teoria e a prática a fim de reconstruir em equipe os conhecimentos conforme realidade local.

Merhy (2005) ratifica a afirmativa destacando que não se pode sustentar as visões gerenciais que a baixa eficácia das ações de saúde pode ser corrigida pela aplicação de “cursinhos” que consomem muito recurso financeiro e não apresenta resultados positivos e

transformadores. Entretanto, o autor não menospreza essas metodologias que, às vezes, são necessárias para suprir necessidades técnicas pontuais.

A transformação na prática é o cerne da questão envolvendo a educação permanente, com a valorização do trabalhador como protagonista do seu aprendizado. Sua atuação se dá por meio da problematização a fim de produzir "sujeitos auto-determinados e comprometidos sócio-historicamente com a construção da vida e sua defesa" (MERHY, 2005, p. 174).

A sociedade bem informada, capacitada e participativa é essencial para o sucesso da proposição e execução das ações de saúde. Educação permanente refere-se à interação entre ações educacionais e práticas profissionais, dessa forma, infere-se que a necessidade de formação tenha como ponto de origem o levantamento das demandas do serviço, com a finalidade de transformar e reorientar o cotidiano.

2.4 POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O CONTROLE SOCIAL

Em 1995, o I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde debateu a pauta de formação de conselheiros devido à necessidade de respaldo político e técnico necessário à sua intervenção nas políticas de saúde. O objetivo era a consolidação dos Conselhos como órgãos permanentes e deliberativos do SUS. Nesse momento, as ações restringiram-se a elencar as iniciativas didáticas e distribuir materiais pedagógicos de formação, priorização de conselhos melhor estruturados, organização de cursos verticalizados de formação que serviriam de intercâmbio de experiências, estimular desenvolvimento de atividades informativas e de formação dentro de cada conselho e usando os meios de comunicação (BRASIL, 2006b).

Em 1999, foram definidas as Diretrizes Nacionais para a Capacitação de Conselheiros de Saúde como referencial para as capacitações dos conselheiros, delineadas no I Congresso, em 1995. Várias Conferências de Saúde propuseram ações importantes para a formação de conselheiros, dentre elas, destacam-se a 11ª e a 12ª Conferências Nacionais de Saúde para promoção de atualização das diretrizes e incorporação da capacitação dos conselhos à política de educação permanente para a participação social no SUS (BRASIL, 2005, p. 6).

Para Freire (2016b), a relação ensino-aprendizagem é uma prática transformadora crítica, ética e contextualizada e que permite a troca de conhecimentos entre os indivíduos envolvidos. Essa proposição respalda as discussões para atualizar o processo de educação permanente para o controle social que deve seguir a proposta de aprendizado do sujeito dentro do contexto em que está inserido como descrito nas Diretrizes:

> [...]ser desenvolvida dentro de um processo que considere o mundo de significação - familiar, social e profissional - dos participantes, utilizando-se de recursos voltados à reflexão crítica do conhecimento, habilidades, atitudes, hábitos e convicções para que possam efetivamente exercer a sua cidadania (BRASIL, 2005, p. 6)

Para evidenciar essa diretriz e fortalecer a participação social, em 2005, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a atualização das "Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do Sistema Único de Saúde - SUS" que estabelece que a implementação da educação permanente para o controle social no SUS é essencial para que a sociedade compreenda o sistema de saúde de forma ampliada para que os conselhos colaborem na formulação e deliberação de políticas públicas (BRASIL, 2005).

Em continuidade ao processo de articulação das políticas públicas de saúde, foram aprovadas em 2006 as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde com o intuito de consolidar o SUS a partir de acordos firmados entre as três esferas de governo. As prioridades de saúde foram articuladas e distribuídas em três componentes, sendo: Pacto pela vida, em defesa do SUS e de Gestão. O primeiro corresponde à pactuação de objetivos e metas para o alcance de resultados que correspondem aos compromissos sanitários conforme análise situacional do país. O segundo tem como objetivo defender os princípios do SUS para fortalecê-lo como política de Estado a partir da garantia de financiamento das ações e serviços de saúde e repolitização da sociedade brasileira impondo a saúde como direito de cidadania. O terceiro preconiza a gestão compartilhada e solidária entre os entes federados por meio da formação do Colegiado de Gestão Regional e pela definição da competência de cada esfera, cuja estratégia principal pra sua efetuação é avançar na regionalização e descentralizaçãodo SUS (BRASIL, 2006c).

Dentre os pontos de atuação do Pacto de Gestão que são relevantes para este estudo, está a firmação da importância da participação social como princípio do SUS legalmente instituído por meio do seu fortalecimento, do estímulo à participação nos serviços de saúde, do apoio à sua qualificação e implementação de ouvidorias. Esse componente também apresenta como diretriz a implementação da Política Nacional de Educação Permanente, oficializada em 2007, para o fortalecimento da gestão (BRASIL, 2006c).

A formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS é uma responsabilidade constitucional do Estado. Essa Política configura-se como estratégia que utiliza metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem orientadas pelos princípios da educação permanente. As

ações devem ser propostas de formação e trabalho e devem emergir da articulação com instituições de ensino, controle social e gestores (BRASIL, 2006c).

A 14ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no ano de 2012, apresentou na diretriz "Gestão participativa e controle social sobre o estado: ampliar e consolidar o modelo democrático de governo do SUS" três propostas relevantes para o estudo. Essas demonstram a preocupação tanto em solidificar os conselhos como entes de governança quanto em empoderá-los por meio da educação permanente. Essas propostas são as seguintes: o fortalecimento do controle social como espaço de negociação participativa em defesa da cidadania objetivando a governança do sistema, a efetivação do controle social pela criação de instrumentos de monitoramento, controle e avaliação da gestão pública e o aprimoramento da política de formação continuada de conselheiros por meio de metodologia problematizadora (BRASIL, 2012a).

O Conselho Nacional de Saúde deliberou as diretrizes para a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, com o objetivo de propor uma ação efetiva no cotidiano dos conselheiros de saúde e fortalecer a democracia participativa. Essa política definiu a educação permanente para o controle social como:

> [...] processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas. Atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a, p. 7).

O objetivo geral da Política de Educação Permanente para o Controle Social é "atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS)" (BRASIL, 2007b, p. 11).

Essa política está assentada em cinco eixos estruturantes que embasam a elaboração de planos de ação para garantir a atualização e aperfeiçoamento dos conselheiros: participação social, financiamento da participação e do controle social, intersetorialidade, informação e comunicação em saúde, legislação do SUS (BRASIL, 2007b).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo aplicado, qualitativo, de caráter exploratório, do tipo pesquisa de avaliação.

A pesquisa "aplicada objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigida à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais" (KUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010, p. 26). Por ser um Mestrado Profissional, a construção de um produto visa a transformação da prática no cenário estudado. Os autores complementam descrevendo a pesquisa qualitativa:

> [...] considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem (KUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010, p. 26).

A pesquisa é de caráter exploratório devido ao interesse na investigação da natureza dos cursos oferecidos pelo CES/MG e como se relaciona com a prática de atuação do seu público-alvo, o que vai muito além da descrição dos fenômenos envolvidos (POLIT; BECK, 2011).

A pesquisa de avaliação foi selecionada porque o que se pretende com este estudo é avaliar os cursos de qualificação oferecidos pelo CES/MG frente ao método utilizado e à sua aplicabilidade na prática em um Conselho Municipal de Saúde específico. A finalidade é compreender como os cursos foram formatados e provocar a reflexão de seus idealizadores quanto à manutenção ou modificação da metodologia adotada (POLIT; BECK, 2011).

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

O Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina é o cenário desta pesquisa. Foi escolhido por ser um dos mais ativos da área de abrangência em que a pesquisadora labora e por ser seu local de atuação, atualmente, como membro titular e vice-presidente.

A Resolução 453/2012 (BRASIL, 2012c) estabelece que “a instituição dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, obedecida a Lei no 8.142/90”. A data de criação do Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina é 17 de dezembro de 1992, pela Lei Municipal nº 2469, sendo que, em 2006, foi publicada uma segunda lei de criação sem a revogação da anterior, Lei Municipal n.º 3.703/2006.

Segundo seu Regimento Interno, o Conselho Municipal de Saúde em questão deve ser constituído por 24 membros efetivos e 24 suplentes, eleitos a cada 2 anos, permitida a recondução ao cargo por mais um mandato e respeitada a paridade entre os segmentos: 50% de usuários, 25% de profissionais de saúde e 25% de prestadores de serviço e governo.

O Conselho reúne-se em sessões ordinárias uma vez por mês e, em caráter extraordinário para deliberar sobre matéria urgente e inadiável, por convocação da Diretoria Executiva ou da maioria simples dos membros. Na falta a três reuniões consecutivas ou cinco alternadas, sem justificativa, pelos membros titulares, os suplentes assumirão a titularidade do cargo e a entidade deverá indicar novo suplente.

Até o ano de 2012, o único documento oficial do Conselho era a ata de reunião. Para atender aos requisitos do Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS), para a aprovação do Relatório Anual de Gestão 2012, o Conselho começou a elaborar documentos de deliberação.

Conforme estabelece a Resolução 453/2012, “as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico”. A dotação orçamentária para a manutenção do Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina está inserida no orçamento da Saúde. O apoio técnico e a infraestrutura são disponibilizados pelo Poder Executivo. Entende-se como apoio técnico a disponibilização de uma profissional para exercer a função de secretária no conselho e como infraestrutura a existência de uma sede independente da Secretaria Municipal de Saúde com equipamentos e insumos.

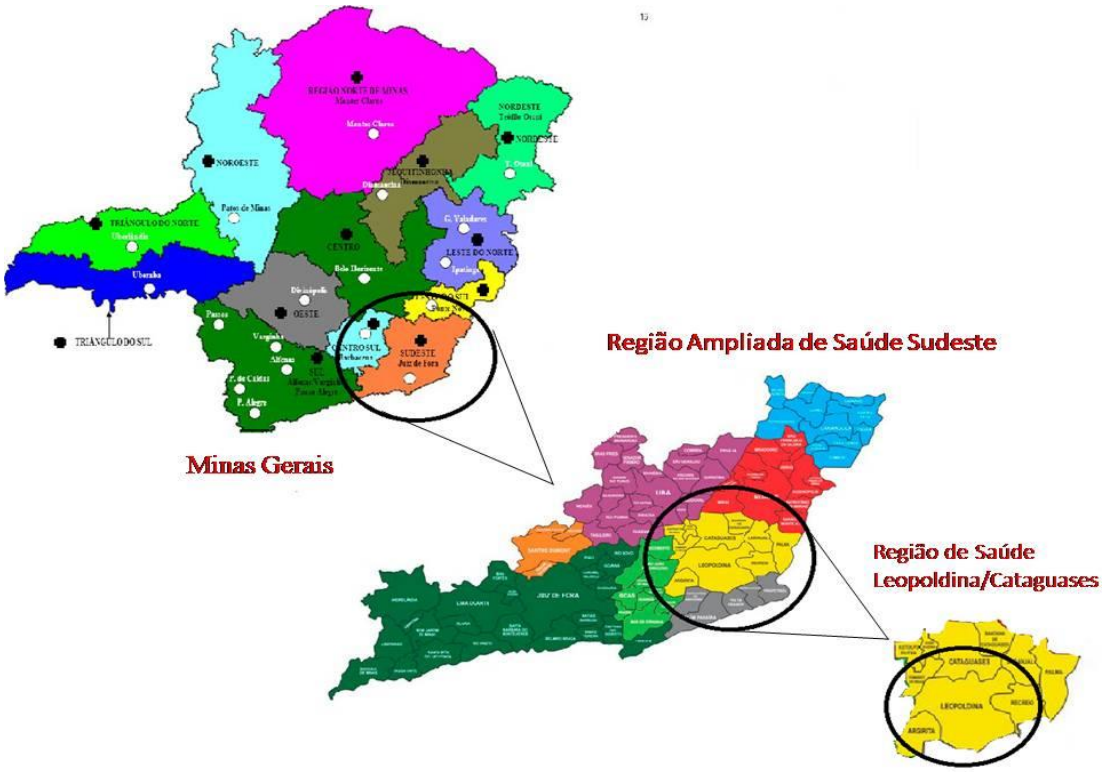
O município de Leopoldina localiza-se na Zona da Mata Mineira. Segundo o IBGE (2016), a estimativa da população para o ano de 2015 era de 53.145 habitantes, possui área territorial de 943,076 Km² e com densidade demográfica de 54,22 hab./Km² (IBGE, 2015).

Segundo o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais - PDR (MINAS GERAIS, 2014) o município de Leopoldina pertence à Região de Saúde Leopoldina/Cataguases e à Região Ampliada de Saúde Sudeste. A Região de Saúde Leopoldina/Cataguases é bipolar, é composta por 10 municípios (Argirita, Astolfo Dutra,

Cataguases, Dona Euzébia, Itamarati de Minas, Laranjal, Leopoldina, Palma, Recreio e Santana de Cataguases) e possui a população de 182.150 habitantes. O município pólo da Região Ampliada Sudeste é Juiz de Fora e a Região é formada por oito Regiões de Saúde (Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas, Leopoldina/Cataguases, Muriaé, Santos Dumont, São João Nepomuceno/Bicas e Ubá), 94 municípios e 1.651.433 habitantes.

A Figura 1 mostra a localização do município de Leopoldina no mapa de Minas Gerais com seus recortes Regionais, segundo o PDR (MINAS GERAIS, 2014), sendo: Região Ampliada de Saúde Sudeste e Região de Saúde Leopoldina/Cataguases.

Figura 1 – PDR-SUS/MG



Fonte: adaptado de SES/MG.

3.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram membros titulares e suplentes que compuseram o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina nos últimos dez anos. Foram entrevistados 18 conselheiros num universo de 34. Dentre os 16 conselheiros restantes, 1 não aceitou o convite e 15 não foram localizados.

3.3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios de inclusão para participação no estudo foram os conselheiros de saúde titulares e suplentes de Leopoldina que participaram de, minimamente, um curso oferecido pelo CES/MG nos últimos 10 anos. Para verificar a participação foram solicitadas ao Conselho Estadual e Conselho Municipal de Saúde as listas de presença dos cursos aplicados no local estudado.

Os critérios de exclusão pré-definidos para este estudo foram os conselheiros que não residiam mais no município, os que não foram possível contactar e os que se recusaram a participar. Dessa forma, excluíram-se 16 conselheiros, sendo que 1 se recusou a participar da pesquisa e 15 não foram localizados por falta de acesso ao telefone ou endereço atual.

Esses critérios foram seguidos a fim de se preservar o direito ao tratamento justo, uma vez que garante a seleção dos participantes conforme critérios para inclusão e exclusão estabelecidos, sem negligências ou discriminações (POLIT; BECK, 2011).

3.3.2 RECRUTAMENTO

As entrevistas foram agendadas previamente com os participantes, conforme sua disponibilidade e local de sua preferência.

A pesquisadora cientificou à Presidente do Conselho sobre o estudo por meio de ofício e solicitou anuência para o seu desenvolvimento. Juntamente, foi encaminhada a cópia do projeto de pesquisa para apreciação. Complementarmente, foi solicitado pela Presidente do Conselho de Saúde explanação sobre o projeto a fim de que as informações fossem clarificadas para os conselheiros presentes e de que fosse assinado o Termo de Anuência (Anexo 1).

Os conselheiros foram convidados a participar da pesquisa por contato telefônico e foi explicado a liberdade tanto para optar por participar ou não do estudo quanto para se retirar quando desejassem. Também foi enfatizado que seria respeitado o anonimato.

Esses procedimentos visam atender ao princípio da dignidade da pessoa humana quanto ao pleno conhecimento e autodeterminação, a fim de que não haja coerção para participação. Essas informações estão referenciadas no consentimento informado (POLIT; BECK, 2011).

3.3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme estabelecem as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução n.º 466/2012 (BRASIL, 2012b) e 510/2016 (BRASIL, 2016a), ambas do Conselho Nacional de Saúde, este projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal Fluminense, cujo número do parecer consubstanciado de aprovação é 1.963.490 (Anexo 2).

Este aspecto ético "visa a assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado, uma vez que respeita o fundamento da República Federativa do Brasil referente à dignidade da pessoa humana e preserva o desenvolvimento e o engajamento ético em pesquisa" (BRASIL, 2012b).

As normatizações (BRASIL, 2012b; 2016a) determinam que os participantes deverão ser esclarecidos sobre o teor da pesquisa a fim de obter sua anuência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). O objetivo desta etapa é que o convidado participe da pesquisa de "forma autônoma, consciente, livre e esclarecida" (BRASIL, 2012b).

Foi ressaltado que a privacidade e o anonimato seriam respeitados além de que as informações fornecidas não seriam utilizadas para fins adversos deste estudo.

Não houve custo adicional para os participantes, como passagem ou alimentação, para ser ressarcido pela pesquisadora por ser um município pequeno e por ter dado preferência ao deslocamento da própria pesquisadora.

3.3.4 RISCOS E BENEFÍCIOS

Os riscos desse estudo para os participantes são mínimos, podendo ser de exposição ou constrangimento. Conforme o princípio da beneficência, os pesquisadores têm a obrigação de minimizar os riscos e danos aos participantes (POLIT; BECK, 2011), dessa forma, para prevenir esses riscos, as entrevistas foram realizadas em uma sala separada, de forma individual pra que os dados fornecidos fossem mantidos em confidência, garantindo, assim, o "direito de privacidade" (POLIT; BECK, 2011). O anonimato foi respeitado de forma que os participantes foram identificados no estudo com a letra "E" (entrevistado) seguida pelo

algarismo arábico sequencial. Foi garantido aos participantes que as informações prestadas não seriam usadas contra eles.

Os benefícios da pesquisa envolvem tanto o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais quanto o Conselho Municipal de Saúde, uma vez que os resultados poderão contribuir acerca da forma de qualificação dos membros, com a possibilidade de induzir à reflexão dos idealizadores dos cursos de qualificação sobre a eficácia do método utilizado e, em última análise, poderá beneficiar a sociedade por contribuir para que os conselhos de saúde sejam bem instrumentalizados para exercer sua função deliberativa.

3.4 **TÉCNICA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

A coleta de dados foi efetuada no segundo e terceiro períodos do curso, conforme cronograma de pesquisa. As técnicas de coleta de dados propostas para levantamento das informações necessárias para atingir os objetivos deste projeto foram entrevista e documentos. A entrevista foi semi-estruturada de caráter exploratório com os conselheiros e ex-conselheiros, por meio de roteiro pré-elaborado. Os dados referentes à estrutura, formatação e formalização dos cursos no período de dez anos pelo referido conselho foram submetidos à análise documental.

3.4.1 ENTREVISTA

A entrevista é a técnica mais utilizada em trabalho de campo e compreende uma conversa entre dois ou mais interlocutores, cuja finalidade é construir informações para o objeto da pesquisa, segundo Minayo (2014). A entrevista semi-estruturada, de caráter exploratório com os conselheiros municipais de saúde foi eleita por possibilitar intervenção da pesquisadora a fim de não se perder a oportunidade de explorar algum ponto importante devido ao apoio do roteiro (KUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010;MINAYO, 2014). O objetivo é levantar dados sobre o entendimento dos conselheiros municipais sobre a melhoria prática obtida com os cursos de qualificação oferecidos pelo CES/MG e seu conhecimento quanto às suas funções e ao processo de educação permanente.

O sucesso da entrevista é baseado no plano que a direciona, para que não faltem informações relevantes (KUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010), para isso, o instrumento utilizado foi roteiro de perguntas (Apêndice B), que auxiliou na condução a fim de pautar a

investigação dos fatores propostos. Segundo Minayo (2014), o roteiro de entrevista deve conter poucas questões e compreender uma lista de substratos contemplando todos os objetos do estudo a fim de guiar a conversa sem, entretanto, cercear o entrevistado.

Quanto à estratégia adotada, ponderou-se a utilização de um roteiro mais extenso devido ao conhecimento prévio da entrevistadora acerca da população estudada que, se não for efetivamente estimulada, não contribui de maneira eficaz. As intervenções não ficaram "presas" ao roteiro nem livres ao ponto de se perder o foco, de forma que os participantes responderam às questões e se expressaram como consideraram pertinente e conforme suas avaliações de importância dos relatos com exemplos e considerações sobre o Conselho estudado, independente da ordem das perguntas relacionadas. O tempo aproximado de duração da entrevista foi de 20 a 30 minutos.

3.4.2 PESQUISA DOCUMENTAL

A análise documental foi feita a partir do acervo de documentos do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e do Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina.

Foram selecionados arquivos e materiais educacionais utilizados nas "capacitações" para conselheiros a fim de possibilitar a reflexão e descrição das propostas de intervenções educacionais utilizadas para a qualificação dos conselheiros. Complementarmente, foram selecionadas atas e resoluções dos Conselhos para verificar se os cursos foram estruturados de acordo com as demandas locais, evidenciando se são compatíveis com a proposta da educação permanente como metodologia problematizadora.

O material foi selecionado na sede dos respectivos conselhos em seus horários de funcionamento, exceto as deliberações do CES/MG que foram encaminhadas por e-mail por uma funcionária do Conselho, uma vez que o sítio eletrônico do Conselho estava fora do ar no período da coleta de dados.

> Análise documental consiste em saber esclarecer a especificidade e o campo de análise de conteúdo. Seria um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento de forma diferente. Trabalha com documentos e se faz, principalmente por classificações-indexação. Seu objetivo consiste na representação condensada da informação (LAKATO; MARCONI, 2007, p. 26).

3.5 **TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS**

Segundo Minayo (2014), as finalidades da análise do material qualitativo são: heurística (inserida no contexto de descoberta da pesquisa), administração de provas (balizamento entre os resultados encontrados e as hipóteses) e ampliação dos contextos culturais para além do sentido das mensagens. Essa técnica conduz a uma certeza que visa ultrapassar o senso comum e o subjetivismo na interpretação e os sentidos manifestos dos materiais conduzindo a uma vigilância crítica ante a comunicação além de consistir em uma técnica com consistência interna suficiente para validar a pesquisa.

A análise de conteúdo foi selecionada para análise dos dados das entrevistas por ser o método consagrado mais usado em pesquisas qualitativas, cuja principal autora é Bardin (MINAYO, 2014) e devido às suas funções heurísticas que aumentam a propensão à descoberta e de administração de provas que confirmam ou não as diretrizes, o que reflete na confiabilidade dos dados, sendo que ambas podem coexistir concomitantemente ou não (BARDIN, 1977). A mesma autora define análise de conteúdos:

> [...] conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

Dentre as variadas modalidades de Análise de Conteúdo existentes, foi selecionada para este estudo a análise temática por sua simplicidade e por ser considerada a mais apropriada para pesquisas em saúde (MINAYO, 2014).

Os áudios foram arquivados em mídia digital e permanecerão guardados por cinco anos, conforme estabelece o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b). A transcrição das entrevistas foi integral e também será arquivada juntamente com os áudios.

Os trechos das entrevistas foram codificados conforme unidade de contexto que "corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ópticas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro. A referência ao contexto é muito importante para análise avaliativa" (BARDIN, 1977, p. 107).

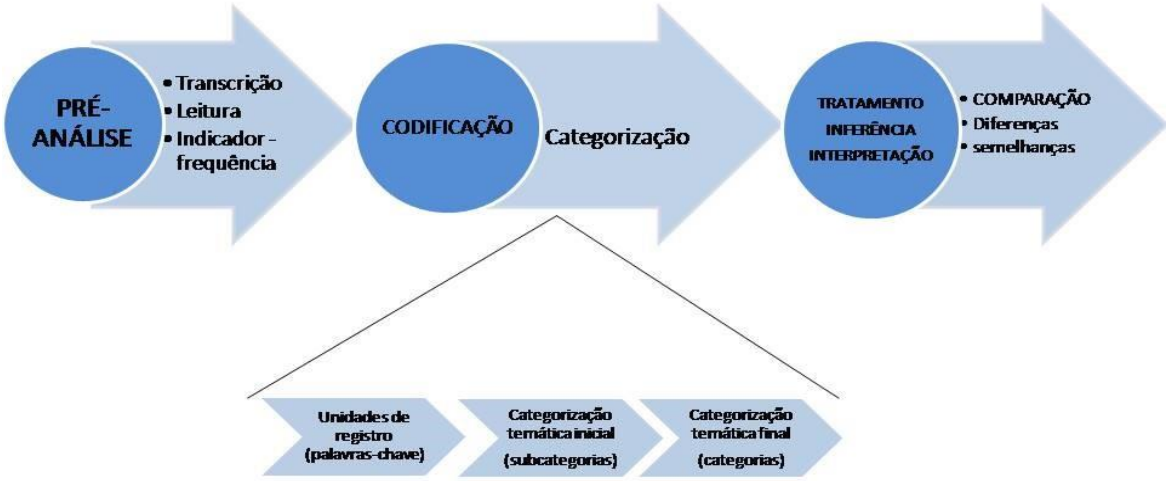
O processo de refinamento dos dados foi efetuado em etapas definidas pela autora, sendo: pré-análise, exploração e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na primeira etapa, os textos foram lidos para sistematização das ideias. O indicador definido para mensuração do resultado foi a frequência de vezes em que as palavras-chave

repetem-se nos fragmentos de texto. Na fase de exploração, os textos foram codificados por meio de recortes denominados unidades de registro, definidas como respostas a cada pergunta. Na resposta, foi identificada a palavra-chave (unidade de significação) que expressa a ideia central e foi quantificada a frequência de aparecimento de cada uma. Então, iniciaram-se as categorizações. A subcategoria é o resumo de cada resposta por meio do agrupamento das palavras-chave. Sequencialmente, mais uma categorização foi feita pelo agrupamento temático. Finalmente, iniciou-se a terceira parte correspondente ao tratamento dos dados, inferência e interpretação em que foram destacadas as semelhanças e diferenças entre as categorias finais. Todo esse processo foi baseado no referencial teórico adotado no estudo e balizado pelos objetivos.

A Figura 2 mostra o esquema da análise de conteúdo de Bardin, conforme passo a passo seguido durante a pesquisa.

Figura 2 – Representação esquemática da análise de Bardin.



Fonte: o autor.

Os dados documentais foram relacionados e classificados de acordo com o tipo de documento utilizado para análise da estruturação dos cursos oferecidos pelo CES/MG.

Os documentos coletados para este estudo foram atas do CMS de Leopoldina dos últimos 10 anos, deliberações, relatórios e planos de ação dos cursos no CES/MG, listas de presença dos cursos.

A apresentação dos dados foi tabulada e descrita, a fim de possibilitar clareza na visualização, entendimento e relação entre si, de forma a permitir estabelecer conexões e interações entre os resultados (LAKATOS; MARCONI, 2007).

3.6 **SÍNTESE DO ESTUDO**

Apresenta-se um quadro síntese (Quadro 1) que relaciona os objetivos específicos com os procedimentos de coleta de dados e análise adotados, cuja finalidade é conferir melhor compreensão do processo utilizado neste estudo para responder a cada objetivo específico.

Os objetivos foram separados por eixos segundo seus focos, isto é, de acordo com cada etapa da pesquisa, sendo: cursos, práticas e funções.

Quadro 1 - Síntese da metodologia de estudo em relação aos objetivos específicos.

Eixo	Objetivo específico	Estratégia de coleta de dados	Procedimento de análise
Função	Verificar se os conselheiros conhecem suas funções.	Entrevista semi-estruturada parte 2	Análise de conteúdo de Bardin
Curso	Descrever a estruturação dos cursos oferecidos pelo CES/MG.	Documentos	Análise documental
	Avaliar se as estratégias adotadas pelo CES/MG para qualificar conselheiros seguem os preceitos educação permanente como estratégia problematizadora.	Documentos	Análise documental
		Entrevista semi-estruturada parte 1	Análise de conteúdo de Bardin
Prática	Propor um produto educacional como estratégia de intervenção para subsidiar o processo de decisão e colaborar para o empoderamentodo controle social.	Entrevista semi-estruturada parte 2	Análise de conteúdo de Bardin

4 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Pretende-se, com os resultados deste estudo, responder aos objetivos específicos propostos e, ao final, concluir a avaliação dos cursos oferecidos pelo CES/MG para o CMS de Leopoldina.

4.1 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LEOPOLDINA

O Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina foi instituído em 1992 e, em 2006, foi publicada nova lei de criação que dispõe sobre a estrutura do Conselho Municipal de Saúde: Plenário, Diretoria, Comissão Permanente de Avaliação dos Serviços de saúde, Comissão Permanente Financeira-Orçamentária e Secretaria Executiva.

Seu Regimento Interno foi aprovado em 27 de julho de 2010 e, segundo sua descrição, a Diretoria Executiva é eleita por voto secreto e composta por seis membros: 1 representante dos prestadores, 1 do governo, 1 dos trabalhadores e 3 dos usuários, cujos cargos são: Presidente e Vice, Primeiro e Segundo Secretários, Relações Públicas e Diretor de Organização.

Segundo o Regimento, compete à Diretoria Executiva encaminhar e fazer cumprir as deliberações do Conselho, encaminhar as questões administrativas e organizativas do Conselho, acompanhar a administração do Fundo Municipal de Saúde e cabe às Comissões promover estudos e emitir pareceres.

Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) relataram que a 13º Conferência de Saúde (2008) definiu acerca da criação das comissões permanentes de orçamento e finanças, cuja atribuição é acompanhar e fiscalizar a aplicação financeira destinada às ações e aos serviços de saúde. Dessa forma, observa-se no Conselho de Leopoldina conflito de competência entre a Diretoria Executiva e a Comissão Permanente Financeira-Orçamentária.

O Plenário é o órgão de deliberação máxima do Conselho. Na entrevista com E15 e E17, em alguns momentos dos depoimentos, transpareceu o equívoco de que as Comissões e a Presidência são a instância máxima:

> *Eu acho que o CMS de Leopoldina está muito bem representado pela presidente porque é uma pessoa que entende, gosta, corre atrás e tem tempo disponível. As comissões, eu acho que estão muito boas também. Tem pessoas que são ligadas as finanças que entende e gosta, olha tudo direitinho da saúde. Eu acho muito bom nessa parte. Eu faço parte, vou lá nas reuniões[...] agora eu comecei a fazer parte*

> *da comissão da saúde, então estou começando agora. Eu só participava da reunião e ia embora pra casa. Agora eu estou começando em uma só e não posso falar muito sobre isso.* (E15)

> *A presidente do conselho e as pessoas que trabalham na Secretaria não podem levar tudo a ferro e fogo. Têm que ir de acordo com a demanda e a necessidade do município e o conselho consegue atingir sua meta como queria.* (E17)

A Presidência do Conselho é eleita em reunião ordinária pelos demais membros, como ocorre em Leopoldina. Situação diferente foi encontrada no estudo de Cotta, Cazal e Martins (2010) no município de Viçosa, onde o Secretário de Saúde, como membro nato, exerce a presidência. Segundo as autoras, esse fato pode restringir a autonomia do conselho, pois o mesmo representante delibera e homologa as decisões.

Segundo as normas, os Conselhos deverão ter caráter permanente e deliberativo e ser compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Tamanho é o valor democrático imposto pela normatização, que esta assegura que a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências seja paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Dessa forma, os Conselhos de Saúde são compostos por 50% de representantes dos usuários, 25% por profissionais de saúde e os demais 25% por prestadores de serviços e gestores. Esta função é caracterizada como voluntária por não ser remunerada e seu exercício é considerado de relevância pública (BRASIL, 2012c).

O Quadro 2 demonstra a distribuição dos membros e instituições representantes nos períodos de 2014-2016 e 2016-2018.

Quadro 2 - Distribuição oficial dos membros e instituições representantes nos períodos de 2014-2016 e 2016-2018.

Segmento de representação	Instituições 2014-2016	Membros	Instituições 2016-2018	Membros
Governo	Secretaria Municipal de Saúde de Leopoldina	3 titulares 3 suplentes	Secretaria Municipal de Saúde de Leopoldina	3 titulares 2 suplentes
Prestadores	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Leopoldina – APAE Casa de Caridade Leopoldinense Clínica de Psiquiatria São José	3 titulares 3 suplentes	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Leopoldina – APAE Casa de Caridade Leopoldinense Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata – CISUM	3 titulares 2 suplentes
Trabalhadores de saúde	Gerência Regional de Saúde de Leopoldina Associação Médica Sindicato dos Enfermeiros Associação dos Bioquímicos Associação Brasileira de	5 titulares 5 suplentes	Gerência Regional de Saúde de Leopoldina Associação Médica Sindicato dos Enfermeiros Associação dos Bioquímicos MedclinWork	6 titulares 6 suplentes

	odontologia		Asilo Santo Antonio	
Usuários	Associação dos Aposentados e Pensionistas de Leopoldina Aliança Municipal Espírita Sindicato dos Servidores Públicos de Leopoldina Grupo de Auxílio e Orientação a Dependentes Químicos e Familiares – Levanta de Novo Pastoral da Saúde de Leopoldina Pastoral da Criança Loja Maçônica Associação Cultural Afro Mestre Vitalino Conselho Comunitário Bairro 5ª Residência Associação do Bairro São Cristóvão Associação de Apoio ao Portador de Câncer de Leopoldina Rotary Club de Leopoldina	12 titulares 12suplentes	Associação dos Aposentados e Pensionistas de Leopoldina Aliança Municipal Espírita Sindicato dos Servidores Públicos de Leopoldina Grupo de Auxílio e Orientação a Dependentes Químicos e Familiares – Levanta de Novo Pastoral da Saúde de Leopoldina Pastoral da Criança Loja Maçônica Associação Cultural Afro Mestre Vitalino Conselho Comunitário Bairro 5ª Residência Associação do Bairro São Cristóvão Associação de Apoio ao Portador do Câncer de Leopoldina Rotary Club de Leopoldina	12 titulares 12suplentes

O Conselho em questão, atualmente, é formado por 46 membros, sendo 24 titulares e 22 suplentes. Sua constituição é de 24 representantes do segmento dos usuários (52,17%), 12 representantes do segmento profissionais de saúde (26,09%), de 5 representantes do segmento gestor e 5 prestadores de serviços (21,74%). A distorção nos segmentos dos gestores e prestadores deve-se à falta de indicação de suplentes de uma instituição de cada um desses segmentos.

A representação no Conselho Municipal de Leopoldina é constituída por 12 Instituições pertencentes ao segmento dos usuários e 10 pertencentes aos segmentos governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde porque o segmento governamental é constituído por apenas um órgão (Secretaria Municipal de Saúde) que indica 3 titulares com seus suplentes.

Observa-se que, no período de 2014-2016, o conselho não era paritário porque o segmento dos trabalhadores de saúde era composto por 10 representantes, quando deveria ter 12 representantes, independente do número de instituições. Nesse período, havia 46 membros no conselho distribuídos em 6 representantes governamentais e 6 prestadores (26,09%), 10 profissionais de saúde (21,74%) e 24 usuários (52,17%), dentre titulares e suplentes.

Em síntese, o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina, nos últimos 2 mandatos, não possui composição paritária devido ao número de membros representantes, o que diverge

da legislação em vigor. Porém, pela análise do Quadro 2, a distorção da paridade aparenta ser maior do que a visualizada.

Algumas Instituições descritas (Quadro 2), nos dois períodos citados, estão encaixadas em segmentos cujas representações divergem das suas características institucionais. As Instituições identificadas nessa situação são: Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata (CISUM) que representa prestadores de serviço de saúde, no entanto, é uma associação intermunicipal que gerencia a prestação de serviços de saúde do SUS, presidida e definida pelos prefeitos dos municípios consorciados. Dessa forma, torna-se representante do governo. Assim também ocorre com a representação da Gerência Regional de Saúde de Leopoldina (GRS), Asilo Santo Antônio e MedclinWork que fazem parte do segmento de trabalhadores de saúde. A GRS é uma instituição governamental estadual, o Asilo deveria representar os usuários ou, quando muito, prestadores de serviços e a Medclin deveria se enquadrar em prestadores por ser uma clínica de medicina do trabalho. Outra questão controversa é a participação da Loja Maçônica como representante dos usuários, pois, sendo uma sociedade secreta, não é clara sua representatividade.

A Resolução 453/2012 estabelece os seguintes critérios para a participação de órgãos, entidades e movimentos sociais: a representatividade, a abrangência e a complementariedade do conjunto da sociedade e contempla 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; governo (BRASIL, 2012c).

Com base nessas informações, conclui-se que as instituições acima mencionadas pertencem a segmentos diferentes dos que representam oficialmente e não condizem com a norma. Para melhor visualização das proporções dos segmentos, após reestruturação nesta análise, o Quadro 3 demonstra que a disparidade entre os segmentos aumentou e que há indícios de que o segmento governamental interfere na composição e nas decisões dos demais.

Quadro 3 -Reestruturação dos segmentos de representação do Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina.

Segmentos	Mandatos							
	2014-2016				2016-2018			
	Dados oficiais		Dados analisados		Dados oficiais		Dados analisados	
Governo	6	26,09%	8	30,43%	5	21,74%	8	30,43%
Prestadores	6		6		5		6	
Trabalhadores	10	21,74%	8	17,39%	12	26,09%	6	13,04%
Usuários	24	52,17%	24	52,17%	24	52,17%	26	56,52%

O estudo do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa/MG realizado por Cotta, Cazal e Martins (2010) também demonstrou desrespeito ao princípio da paridade em desproporções muito alarmantes. Evidenciou 50% de representantes dos usuários, 41% do governo e prestadores e 9% de trabalhadores da saúde. As autoras questionam a efetividade da atuação e representatividade para avaliação das políticas públicas, diante do descumprimento desse princípio.

Apesar de todos os representantes do governo serem indicados pelo Poder Executivo local, conforme estabelece o Regimento Interno, E10 demonstra a sobreposição dos interesses políticos sobre os coletivos desse segmento, podendo indicar artifício de coação, uma vez que o Secretário Municipal de Saúde é hierarquicamente superior aos membros deste segmento nos seus vínculos profissionais.

> *A gente sempre pode fazer algo mais. Às vezes, como eu era funcionário, em certas coisas a gente tinha que fazer acontecer a vontade do governo, então, às vezes não concordando, mas tinha que estar ali junto votando com o governo. Por isso que eu considero um desempenho bom, mas eu acho que a maioria das ações minhas como conselheiro foram para esclarecer, para contribuir sempre com o CMS.* (E10)

Esse depoimento denota que a autonomia dos representantes do governo é cerceada e que nem sempre as decisões são tomadas com a finalidade de promover o bem coletivo.

4.2 PERFIL DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE LEOPOLDINA ENTREVISTADOS

Ao traçar o perfil dos conselheiros entrevistados, consegue-se caracterizar o grupo estudado o que reflete na compreensão dos dados e discursos dos participantes. Essa estratégia permite, de certa forma, que os leitores estabeleçam um contato com os participantes e consigam associar seus depoimentos às características sociais em que o grupo está imerso.

As características relevantes para esta análise são: renda, idade, sexo, representatividade, escolaridade por segmento, tempo de atuação no conselho e participação

nos cursos oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, desempenho dos conselheiros.

Segundo Tonella (2004 apud RAMOS E COL., 2012, p. 65), o perfil típico dos conselheiros de saúde é formado por “brancos, com leve preponderância de mulheres, maiores de 30 anos, casados, católicos, alta escolaridade, com predominância de nível superior”. Não foram analisados os mesmos perfis, porém, os dados do CMS de Leopoldina coincidem quanto à idade, sexo, escolaridade, como disposto adiante.

4.2.1 RENDA

A renda dos entrevistados varia de 1 a 10,5 salários mínimos, sendo que dois entrevistados não declararam. A renda mediana é de 2,82 salários mínimos (R$2.692,50), quase a metade do demonstrado no estudo de Cotta, Cazal e Rodrigues (2009), cuja renda mediana é de 5,85 salários mínimos.

A pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua referente ao terceiro trimestre de 2017, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrou que o rendimento médio real dos trabalhadores com 14 anos ou mais foi estimado em R$ 2.115,00 (IBGE, 2017). A média de renda declarada dos conselheiros de Leopoldina está acima da média brasileira perfazendo o valor de R$ 3.764,69.

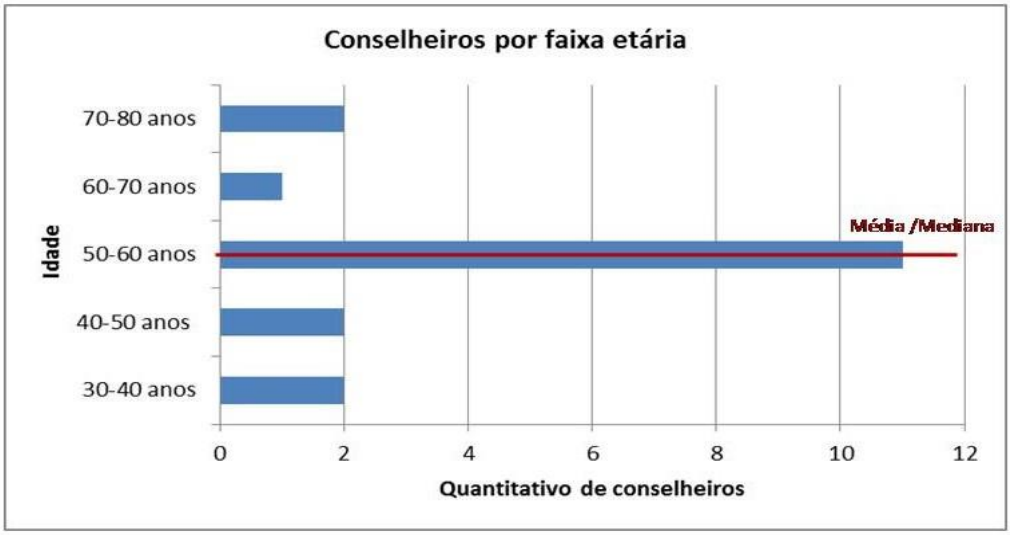
Como a mediana é significativamente mais baixa que a média, os resultados demonstram que a maioria dos entrevistados possui faixa de renda mais baixa, enquanto a média é elevada por poucos com renda mais alta.

Ramos e col (2012) relatam estudos que demonstram que, assim como a escolaridade e o engajamento político-partidário, o nível da renda dos conselheiros é elevado (Labra e Figueiredo, 2002; Santos Júnior e col., 2004; Tatagiba, 2005; Tótora e Chaia, 2004). Entretanto, a análise do rendimento monetário dos conselheiros de Leopoldina demonstrou um poder aquisitivo razoável.

4.2.2 IDADE

A idade dos conselheiros municipais de saúde de Leopoldina entrevistados variou de 32 a 76 anos de idade. A média e a mediana da faixa etária dos conselheiros participantes deste estudo coincidem, sendo 54 anos e sua distribuição está demonstrada no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição dos conselheiros por faixa etária.



Essa faixa etária coincide com a encontrada no estudo de Ramos e col. (2012) num estudo feito no município de Santo André em que a maior porcentagem de conselheiros representa a população com mais idade, variando entre 40 e 60 anos. Os resultados dos estudos de Saliba (2009) e Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) também se aproximam do resultado do conselho de Leopoldina, cuja idade média encontrada é de 47,2 anos e 46,82 anos, respectivamente, o que caracteriza a população madura.

A faixa populacional brasileira mais numerosa é formada por jovens e adultos em idade economicamente ativa, segundo IBGE (2009). Essa característica brasileira é devido à mudança no padrão demográfico que se iniciou a partir da segunda metade do século passado, decorrente de alterações nos níveis de fecundidade e mortalidade.

O IBGE (2009) estima aumento progressivo da população nessa faixa etária até 2030, denominado “bônus demográfico”, reflexo de um período em que a fecundidade era elevada. Com a redução da natalidade e aumento da expectativa de vida, a tendência da pirâmide etária é estabilizar com redução da base e aumento do ápice, o que refletirá, num futuro próximo, nas políticas sociais.

Cabe ressaltar que no Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina há a cadeira da Associação dos Aposentados como representante da população mais idosa, que tende a ser mais numerosa nos anos vindouros.

As principais consequências da transição demográfica acelerada são dificuldades de acesso aos serviços básicos, como aumento de gastos na saúde e grande impacto na previdência social. Para contornar essa situação, torna-se necessário investimento em postos

de trabalho para a população economicamente ativa, a fim de desenvolver a sociedade e promover o bem estar social (IBGE, 2009).

4.2.3 SEXO

Dentre os participantes, 66,66% são do sexo feminino e 33,33% do sexo masculino. Apesar de a atuação no conselho de saúde não ser uma profissão, nem tampouco uma atividade remunerada, cabe traçar um paralelo com a inserção da mulher no mercado de trabalho e, principalmente sua atuação majoritária na área da saúde o que reflete a atuação cada vez maior do sexo feminino na vida político-econômica do país.

A pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua referente ao terceiro trimestre de 2017 realizada pelo IBGE mostrou que as mulheres permanecem sendo a maioria da população em idade para trabalhar (52,3%). Entretanto, os homens continuam sendo a maioria da população ocupada, representando 56,5% no país e 55,5% na Região Sudeste (IBGE, 2017).

Segundo o IBGE (2009), estima-se que a inserção progressiva da mulher no mercado de trabalho prolongue-se até 2035. Observa-se que, nos últimos 25 anos, a taxa de participação masculina no mercado de trabalho reduziu, embora a proporção de homens ativos ainda seja superior ao de mulheres.

O estudo de Matos, Toassi e Oliveira (2013) analisa a inserção da mulher no mercado de trabalho como uma realidade mundial e as autoras destacam a queda da natalidade, maior escolarização, urbanização, longevidade, impacto tecnológico da medicalização e realização profissional no mundo contemporâneo como fatores responsáveis pela mudança de padrão social. Ainda ressaltam que é crescente a feminilização do trabalho em profissões, historicamente, masculinas, especialmente, na área da saúde devido às características típicas das mulheres de cuidar, ensinar e servir.

Essa é uma tendência crescente, pois estudos no Brasil demonstram que a maior parte dos estudantes de nível superior é composta por mulheres. O Senso 2000 demonstrou que 61,7% dos profissionais com diploma universitário é composto por mulheres, principalmente na nutrição, enfermagem e odontologia. A proporção no nível técnico é maior ainda, chegando a 73,7%.

Outro estudo que abrange esse tema foi o de Haddad e col. (2010) que verificaram o panorama de 14 cursos da área da saúde no Brasil: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária,

nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Os autores identificaram que a proporção da participação feminina em concluintes desses cursos da área da saúde é predominantemente feminina, exceto em educação física e medicina. Alguns cursos, como fonoaudiologia, serviço social, terapia ocupacional e nutrição a proporção chega a ser 90% feminino e outros, como fisioterapia e enfermagem também possuem alta proporção feminina aproximando-se a 80%.

Nos anos 1990, o perfil de trabalhadores no Brasil modificou para população adulta e do sexo feminino. O padrão etário feminino no mercado de trabalho, cada vez mais, aproxima-se do encontrado em países desenvolvidos com maior participação de mulheres com cerca de 50 anos (HOFFMANN; LEONE, 2004).

A crescente profissionalização de mulheres deve-se à expansão das atividades femininas e não à substituição dos homens nas atividades masculinas. Esse fato não determinou a redução das desigualdades entre os sexos, pois os cargos mais altos ainda são ocupados principalmente por homens e estes também são mais bem remunerados. Mais que isso, com a feminilização, algumas profissões perderam prestígio e, apesar das mulheres virem ocupando mais espaço no mercado de trabalho a cada dia, o mercado ainda atribui diferenças entre os sexos (QUITETE; VARGENS; PROGIANTI, 2010).

4.2.4 REPRESENTATIVIDADE

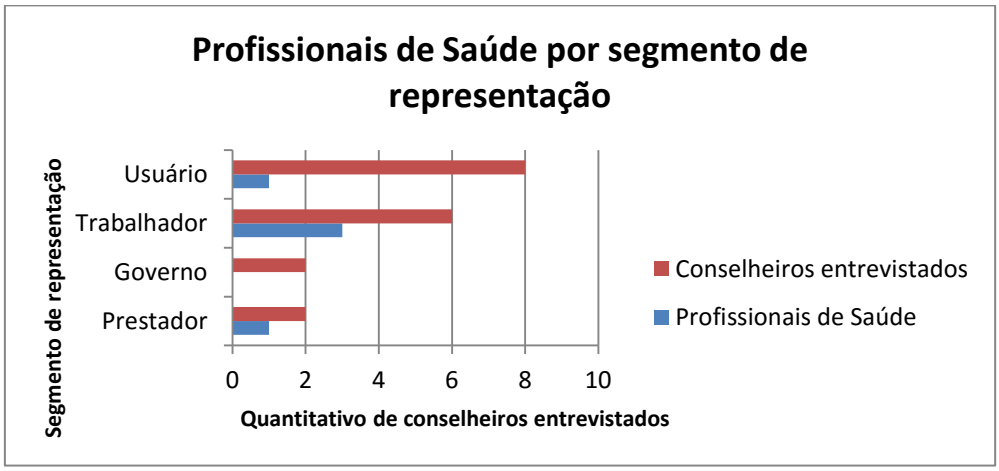
A participação é um mecanismo de politização e interferência da população na decisão, acompanhamento e avaliação do sistema, de forma que a diversidade dos segmentos de representação contribui para a construção de políticas multifocais e multifatoriais (COELHO, 2012) e para “o aumento da transparência da gestão das políticas e da base de legitimidade das políticas sociais” (AITH, 2015). Isso confere o caráter autônomo e institucionalizado do controle social que são garantias democráticas de intervenção na saúde (MÜLLER NETO; ARTMANN, 2012). Para que a participação tenha esse valor, é necessário munir os representantes de informações, pois resultados de estudos demonstram que esse poder decisório está diretamente relacionado à qualidade do conhecimento dos conselheiros sobre as políticas públicas (ANDRADE; VAITSMAN, 2013).

E4 complementou e reafirmou a importância e o valor da participação diferenciada de todos os segmentos ao ser questionado sobre a forma que o conselho de saúde pode contribuir para a sociedade.

> *"Primeiro que o conselho de saúde, tendo suas quatro representações, são quatro pontos de vista diferentes. Então, assim, os usuários vão pensar muito no acesso aos exames, medicamentos; as instituições vão pensar muito no que elas podem oferecer, o que está em falta pra ela e porque elas estão faltando com a própria sociedade; os profissionais de saúde tentando a todo momento melhorar o seu processo de trabalho, melhorias para as questões profissionais, principalmente financeiro, e a própria gestão tentando articular boas práticas no serviço, assim, também, como relatar as próprias dificuldades. Então, cada segmento do conselho tem uma função social extremamente importante porque ela consegue, ali, ser uma fiscalização não tão ferrenha, mas, também, ser uma fiscalização um pouco mais maleável, aceitável [...] Nesses 4 pontos de vista, a gente vai tentar chegar a um ponto comum, o que é possível fazer. Tem 4 opiniões diferentes aqui e de que forma nós podemos deliberar entre pessoas diferentes pra poder legitimar essa política pública. Então, eu acho que a função do conselho é essencial nesse ponto porque ela consegue condensar opiniões diferentes pra você adaptar inúmeras políticas a uma realidade local."*

Dentre os 18 entrevistados, 5 são profissionais da área da saúde, independente do segmento de representação, conforme observa-se a distribuição por segmento no gráfico 2.

Gráfico 2 - Quantidade de profissionais de saúde por segmento de representação.



Constata-se que há um profissional de saúde entre os representantes de usuários e também como representante dos prestadores, o que pode contribuir para a melhoria de entendimento das políticas de saúde ou, por outro lado, pode ser um mecanismo de cooptação. Essa informação confronta com o parágrafo primeiro, artigo 5º do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina, onde: "os Trabalhadores de Saúde não podem ser representantes de usuários, não lhes sendo também facultada a escolha por um outro segmento".

Dentre as dificuldades apontadas por Jurberg, Oliveira e Oliveira (2014), encontra-se a cooptação de lideranças em troca de favores que diante de tantos entraves, o conselho poderia ser usado para legitimar as políticas públicas propostas pelos gestores ou por membros do

próprio conselho com mais entendimento sobre a saúde. Os autores ainda consideram o curto tempo de redemocratização do Brasil como possível causa da cooptação.

Há duas informações surpreendentes nessa análise. A primeira relacionada ao segmento governamental que não possui nenhum representante da área da saúde e a segunda relacionada à presença de um representante de trabalhadores que não é profissional de saúde.

Quanto ao segmento dos trabalhadores de saúde, o primeiro nó crítico é que, dentre os seis entrevistados, apenas três são, de fato, profissionais de saúde. Dois representam a GRS Leopoldina, sendo um pedagogo e um professor de língua estrangeira e um representa o Sindicato de Enfermagem e sua profissão é auxiliar de serviços gerais. Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) critica a indicação de conselheiros com objetivos diversos do que a legislação preconiza e ressalta que isso implica na limitação da articulação positiva entre o representante e o governo devido aos seus conhecimentos, compromisso e poder de decisão limitados. O segundo nó crítico referente a essa questão está no nível de escolaridade do representante do Sindicato, sendo fundamental completo, que não confere grau profissionalizante para auxiliar, técnico de enfermagem ou enfermeiro. Ambos os pontos críticos possivelmente tornam a representação ilegítima podendo comprometer o princípio da paridade no conselho. Segundo o item III da terceira diretriz da Resolução 453/2012, “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” (BRASIL, 2012c).

Dentre os desafios enfrentados pelo controle social para se sustentar como cogestor na saúde e exercer sua função democrática, o mais frequente é a representatividade. Guizardi (2015) e Jorge e Ventura (2012) consideram essa questão uma das principais dificuldades encontradas, uma vez que compromete a democracia na saúde. As características democráticas do controle social precisam ser reformuladas e efetivadas como “espaços públicos, porosos e plurais” (GUIZARDI, 2015, p.5) a fim de ampliar e socializar a discussões.

Um processo eleitoral dos conselheiros bem arranjado configura-se como estratégia legitimadora da representaçãoe sua associação com outros fatores pode ser essencial para promover a reforma do Estado (OLIVEIRA;IANNI; DALLARI, 2013). Guizardi (2015) complementa destacando que para essa questão, o aperfeiçoamento do controle social não representa estratégia eficaz, uma vez que sugere intervenção na consequência e não na causa para solucionar o problema.

Ainda sobre a representatividade, existem quatro posicionamentos teóricos e políticos definidos por Bravo e Matos (2002 apud ROLIM E COL, 2013) sobre o controle social: o primeiro define os Conselhos como arena de conflitos em que as decisões sobressaem-se como dissenso e contradição; o segundo considera os Conselhos como espaço consensual onde as decisões refletem o interesse coletivo; o terceiro concebe os conselhos como espaço de cooptação dos movimentos sociais pelo poder público; o quarto defende a democracia representativa em detrimento da participativa, caracterizada pela rejeição aos Conselhos.

Retomando a fala de E10, descrita na sessão 4.1 sobre o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina, este é um típico exemplo da terceira teoria, onde identificaram-se mecanismos de indicação de atores alinhados às demandas governamentais, o que diverge das normas do SUS, promove conflito de interesse e compromete a autonomia do representante (SILVA; SILVA; SOUZA, 2013).

> *A gente sempre pode fazer algo mais. Às vezes, como eu era funcionário, em certas coisas a gente tinha que fazer acontecer a vontade do governo, então, às vezes não concordando, mas tinha que estar ali junto votando com o governo. Por isso que eu considero um desempenho bom, mas eu acho que a maioria das ações minhas como conselheiro foram para esclarecer, para contribuir sempre com o CMS.* (E10)

Assis e Villa (2013, p. 378) argumentam que os conselheiros não devem manifestar o interesse individual, e sim, representar o interesse da sociedade. Sua atribuição é "julgar a pertinência, a viabilidade, as prioridades de tal forma que o interesse individual se apresente e se habilite como interesse público".

Há 9 anos, Martins e col. (2008) já haviam identificado como desafios do controle social mais freqüentes a representação e representatividade do conselho, juntamente com a sua forma de composição. Também ressaltaram que a falta de transparência nos critérios de escolha dos conselheiros compromete a representação dos interesses dos cidadãos. Essas observações reiteram que os problemas dos conselhos de saúde são recorrentes e que não se têm aplicado nenhuma medida para sanar o problema.

Quanto ao retorno das decisões e discussões dos temas debatidos no conselho às instituições de representação, metade deles relatou que faz esse *feedback*, dois retornam esporadicamente, dois não retornam e cinco não responderam.

Duarte e Machado (2012) evidenciaram a presença de razoável desconexão representante/representado quanto à origem dos assuntos debatidos, principalmente no segmento de usuários. Ouverney, Moreira e Ribeiro (2016) relataram em sua pesquisa que a quantidade de conselheiros que pretendia se reunir com suas instituições para discutir as

pautas, em 2013, era expressiva (75,2%). Porém, na prática, o percentual foi bem menor (19,5%).

4.2.5 ESCOLARIDADE, TEMPO DE ATUAÇÃO NO CONSELHO E PARTICIPAÇÃO NOS CURSOS DO CES/ MG

O Quadro 4 mostra o panorama da população estudada sob o aspecto de grau de escolaridade, tempo de atuação no conselho e participação nos cursos oferecidos pelo CES/MG e será utilizado como base para as próximas análises.

Quadro 4 - Relação entre grau de escolaridade, tempo de atuação no conselho e participação nos cursos.

Escolaridade	**Segmento de representação**	**Tempo de atuação no conselho**	**Participação em cursos**
Fundamental incompleto	1 Usuário	12 anos	4
	1 Usuário	6 anos	2
	1 Trabalhador de saúde	Não soube responder	4
Médio	3 Usuários	3 anos	1
		8 anos	12
		3 anos	1
	1 Trabalhador de saúde	22 anos	12
	2 Governo	6 anos	1
		2 anos	1
Superior incompleto	2 Usuários	4 anos	10
		4 anos	1
Superior completo	1 Usuário	8 anos	11
	1 Prestador	4 anos	1
Pós-graduação	5 Trabalhadores de saúde	3 anos	1
		2 anos	1
		3 anos	5
		1 ano	2
		16 anos	2

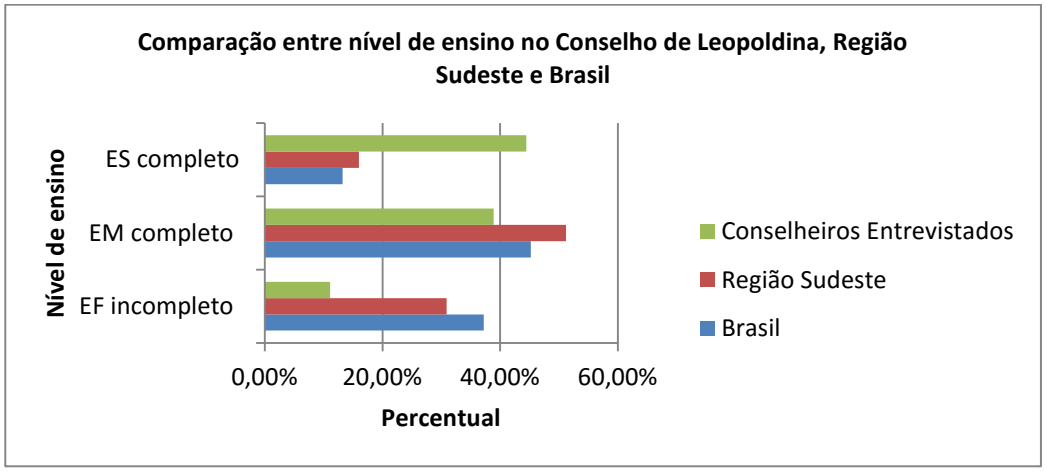
4.2.5.1 Escolaridade

A pesquisa do IBGE (2017) mostrou que no Brasil, no 3º trimestre de 2017, entre as pessoas em idade de trabalhar (14 anos ou mais), 37,2% não tinham ensino fundamental completo, 45,2% possuíam ensino médio completo e 13,2% tinha nível superior completo. Na Região Sudeste, 30,9% da população de 14 anos ou mais de idade não tinham ensino fundamental completo, 51,2% concluíram o ensino médio e 16% concluíram o nível superior. O nível de escolaridade revelado no CMS de Leopoldina é de 11,10% com ensino

fundamental incompleto, 38,88% com ensino médio completo e 44,44% com nível superior completo.

Pode-se inferir a partir do Gráfico 3que o nível de escolaridade no Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina, na Região Sudeste e no Brasil não são equivalentes. Enquanto a maior parte da população brasileira e da Região Sudeste possui nível médio completo, a maior parte dos conselheiros entrevistados possui nível superior completo. Além disso, o percentual de conselheiros com nível fundamental incompleto é bem inferior ao regional e nacional.

Gráfico 3- Comparação entre nível de ensino no Brasil e Região Sudeste



No estudo de Cotta, Cazal e Rodrigues (2009), 67,6% dos conselheiros tinha ensino superior. Resultados inversos foram encontrados no estudo de Saliba e col (2009), em que 71,5% dos conselheiros não possui ensino superior completo. A maioria dos conselheiros de Leopoldina também não possui ensino superior completo, entretanto, há maior equilíbrio nesse quesito, cujo resultado é 55,55% sem curso superior. Os autores concluíram que esse fator pode dificultar a compreensão de documentos.

Observa-se que o segmento dos trabalhadores de saúde tem nível de escolaridade mais alto e os usuários, mais baixo que os demais segmentos. Esse critério é mais diversificado no segmento de usuários, sendo que,entre os oito entrevistados, 2 possuem nível fundamental incompleto, 3 médio, 1 superior incompleto e 2 superior completo. Esse resultado diverge do estudo de Saliba e col (2009) que revelou que a maioria dos usuários possui ensino fundamental incompleto.

Os conselheiros representantes do segmento governamental são de nível médio, ao contrário do estudo de Wendhausen e Caponi (2002 apud Saliba e col., 2009) que verificaram

que os conselheiros com nível superior fazem parte do segmento governamental. Os autores concluíram que o nível de participação dos membros é diretamente proporcionalao grau de escolaridade.

A interferência do grau de escolaridade na participação em discussões nos conselhos é compartilhada entre os autores citados. Os resultados do estudo de Ramos e col. (2012) demonstraram diferença significativa de escolaridade entre representantes da sociedade e do governo, sendo maior no segundo. Porém, concluíram que esse fator isolado não determina a relação de poder dentro do conselho, pois mesmo que o nível de escolaridade seja mais baixo, o acesso à informação e o senso comum são fatores igualmente importantes no processo de decisão.

A fala do entrevistado E4 exemplifica esse acontecimento dentro do conselho estudado:

> *"Por exemplo, coloca na comissão pessoas que entendem muito, junto com pessoa que entendem menos. Pra chegar a levar a essas pessoas que entendem menos a um conhecimento [...] Havia uma tentativa de condensar essas pessoas, pessoas de maior capacidade com pessoas de capacidade mais limitada, até mesmo para depois chegar a um consenso comum. Limitada em termos, limitada em termos de teoria, porque na verdade, essa limitação teórica das pessoas traz outros pontos fortes delas que são sobre as unidades de saúde. Então os aspectos sociais das pessoas equilibram com os que têm conhecimento técnico."*

Jurberg, Oliveira e Oliveira (2014) analisam de forma diferente a relação da escolaridade com a representatividade. Para eles, esse fator associado à renda considerável caracteriza um perfil elitista aos conselhos, o que pode prejudicar a "representação representativa".

4.2.5.2 Tempo no exercício no controle social

A Resolução 333/2003, revogada pela Resolução 453/2012, sugeria dois anos para o tempo de mandato do conselheiro de saúde e permitia recondução por mais um mandato de igual período, segundo o Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde (BRASIL, 2003). Atualmente, o tempo de mandato é definido pelas próprias representações, assim, o Conselho de Leopoldina estabeleceu o tempo de mandato de 2 anos (BRASIL, 2012c). Observa-se que parte dos conselheiros de saúde de Leopoldina permanece na função por período prolongado e mandatos ininterruptos. Excluindo-se um conselheiro que não soube responder sobre seu tempo de atuação no Conselho, a média de tempo é de 5,94 anos. Sendo

que há seis conselheiros (35,29%) com 6, 8, 12, 16 e até 22 anos de atuação (3º a 11º mandatos), sete conselheiros com 2 mandatos (41,17%) e apenas 3 (17,64%) conselheiros relataram a permanência até 2 anos, ou seja, um mandato. Esses resultados complementados pelo discurso de E7 evidenciam baixa rotatividade dos membros.

> *"De 2005 até hoje, quanto tempo, num é... [...] As mesmas pessoas, quase as mesmas pessoas, com poucas exceções, mas quase as mesmas pessoas. Então, deve ter o que? Deve ter umas 6 pessoas que estão desde o começo".*

O depoimento de E3 sobre os mandatos reafirma o de E7 e expõe uma constatação divergente do estipulado pelo Regimento Interno de 2 anos com uma recondução. Ressalta-se que essa informação não consta na Resolução 453/2012, como fala o conselheiro.

> *"É porque cada época que muda a gestão, mudam os conselheiros também, de 2 em 2 anos, conforme a Resolução 453, as Instituições têm a cadeira, mas têm que mudar os conselheiros, mas se a Instituição quiser ficar com aquele mesmo conselheiro, fica, se não quiser, troca, entendeu?"*

Os resultados de Santos, Vargas e Lucas (2011), ao pesquisarem as características dos representantes dos usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte são semelhantes aos de Leopoldina em termos de permanência, que mostraram que 41,2% estavam no segundo mandato, 35,3% estavam no terceiro a quinto mandato.

Os representantes dos prestadores tendem a permanecer no conselho por vários mandatos consecutivos. Já os gestores permanecem dentro do tempo do mandato eletivo, ou seja, no máximo 4 anos, porém os 2 entrevistados ficaram menos tempo. No segmento dos usuários e trabalhadores a permanência é variável.

Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) também evidenciaram casos de baixa rotatividade com tempo de atuação de 16 anos e relataram em seu estudo mais duas evidências de baixa rotatividade. Uma de Cohn (2003) que refere que a baixa rotatividade dos seus membros promove a elitização e uma de Van Stralene col. (2003) que encontraram baixa rotatividade em seu estudo, onde apenas um conselheiro estava no primeiro mandato.

Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) ainda relatam que, possivelmente, a baixa rotatividade pode ser causada por uma sociedade que não exerce a democracia de forma plena determinando a perpetuação de alguns indivíduos no exercício do controle social. Os autores complementam que perpetuação dos indivíduos no poder dificulta o acesso da sociedade ao conselho e sugerem a limitação de tempo de atuação e estímulo ao revezamento dos membros.

Pelo depoimento de E14, verifica-se convergência com Cotta, Cazal e Martins (2010) ao apontar a falta de mobilização dos órgãos de classe como causa da baixa rotatividade dos profissionais de saúde.

> *"Tanto é que eu nunca consegui, nesses anos todos, alguém pra entrar no meu lugar. Agora a instituição saiu do conselho porque eu não consegui mesmo. Até suplente não tinha ninguém que queria participar".*

Resgata-se o discurso de democracia exposto no capítulo 2 que a expõe como um troféu da sociedade por ser um direito conquistado e não cedido ou imposto pelo governo. Retoma-se também a necessidade da sociedade começar a exercer seu papel enquanto cidadã e fazer valer o Parágrafo único da Constituição Federal de 1988 que dispõe que "Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição" (BRASIL, 1988).

4.2.5.3 Participação em cursos oferecidos pelo CES/MG

Vale relembrar que este é um critério de inclusão da pesquisa e que não se enquadra nos objetivos analisar a frequência dos conselheiros nos cursos. Entretanto, proporcionalmente ao tempo de atuação no conselho, a maioria dos participantes da pesquisa foram frequentes nos cursos oferecidos.

Nos últimos 10 anos foram oferecidos 12 cursos pelo CES/MG com a participação de 34 conselheiros. Considerando o quantitativo expresso no Regimento Interno de 48 conselheiros, sua participação nos processos de capacitação é pequena. Observa-se também que são os mesmos conselheiros que participam de todos os cursos.

Santos, Tavares Júnior e Leles (2013) enfatizam a disposição da Lei Complementar 141/2012 referente à participação e cobrança dos conselhos nos Programas de Educação Permanente para o Controle Social, principalmente de usuários e trabalhadores da saúde.

Duarte e Machado (2012) e Zambon e Ogata(2013) também verificaram em seu estudo que a maioria dos participantes não foram capacitados. Segundo os primeiros, pode ser devido à baixa oferta ou à alta rotatividade, causas que não se aplicam ao Conselho de Leopoldina. Segundo Zambon e Ogata(2013) a capacitação não resolverá o problema de alienação, mas ajuda a desenvolver o senso crítico.

Quanto à amostra de conselheiros entrevistados, com algumas exceções, a maioria é freqüente nos cursos, proporcionalmente, ao seu tempo de atuação. Os conselheiros mais

freqüentes são do sexo feminino, possuem nível médio de escolaridade erepresentam os usuários, exceto 1 que representa os trabalhadores.

4.2.6 DESEMPENHO DOS CONSELHEIROS

Importa, para fins desta pesquisa, conhecer o desempenho dos conselheiros sob seu ponto de vista porque esta informação complementará a conclusão ao cruzá-la com a transformação da prática e a análise da representatividade.

Dessa forma, foi questionado junto aos conselheiros como eles consideram seu desempenho nesta função e foram elencadas as opções: ótimo, bom, regular ou ruim. O resultado obtido foi: 50,00 % consideram bom, 38,88 % regular, 11,11 % ótimo e nenhum deles considera ruim. Seguem depoimentos de alguns conselheiros justificando sua opinião (Quadro 5):

Quadro 5 – Desempenho dos conselheiros de Leopoldina.

Bom	Regular	Ótimo
Eu acho que é bom porque ótimo tinha que ser muito mais claro tudo que a gente faz e, às vezes, não é tão claro (E5). *Bom. Porque eu não entrei com muito conhecimento, mas no decorrer do tempo que eu fui conselheira, eu pude participar de vários cursos e melhorando, tendo um pouco mais de conhecimento e dando as minhas contribuições a partir desse conhecimento adquirido (E6).* *Bom. Bom porque é o seguinte, eu costumo não faltar às reuniões, eu sempre fico informado da situação da pauta da reunião, quando não me faço presente, o meu suplente vai, a empresa, o prestador sempre está presente na mesa ou pelo titular ou pelo suplente e eu procuro me inteirar dos assuntos de todas as regiões ali (E8).* *Eu sempre achei que eu fui bem. Eu achei bom meu trabalho no conselho (E9).* *Eu vou considerar como bom. A gente sempre pode fazer algo mais (E10).* *Eu acho que foi boa, porque eu me envolvia tanto com os conselheiros e percebia as necessidades deles pra poder fazer aquilo funcionar o melhor possível[...] (E11).* *Bom (E15).* *Bom porque aprendi. A gente vai compreendendo o que é o conselho (E16).* *Foi bom (E17).*	*Regular. Eu ainda estou aprendendo e quero aprender muito mais (E1).* *Regular porque eu não sou atuante, eu sou atuante, como posso dizer, visualmente (E2).* *Regular. Eu queria ter ido melhor. Até porque, é lógico que eu me esforcei ao máximo pra desempenhar a função. Mas, em função do tempo, das adaptações do nosso trabalho como conselheiro à realidade do próprio município (E4).* *Regular. Eu queria fazer muito mais. É porque eu não faço quase nada. Eu só frequento as reuniões (E7)* *Atualmente está regular porque eu estou me sentindo desmotivada, mas tem aquela paixão, eu gosto. O conselho não está dando. A gente vai vendo as coisas acontecerem e não pode falar, não estou gostando, mas vou voltar. Eu sou teimosa (E12).* *Eu acho que era muito problema. Regular. Poderia ter sido melhor se não demandasse tanto (E13).* *Regular. Eu acho que, talvez se tivesse mais tempo para me dedicar ao conselho, eu poderia participar mais (E14).*	*Ótima. Porque todo mundo deixa tudo nas minhas costas (E3).* *Ótimo porque eu sou uma pessoa que briga muito pelas pessoas (E18).*

As falas de E8, que considera seu desempenho bom, e de E2 e E7, que consideram regular, vão ao encontro da discussão do estudo deCotta e col (2010) em que a participação de alguns conselheiros limita-se à presença nas reuniões como ouvintes, isto é, sem manifestar opiniões nos debates, o que evidencia seu desconhecimento técnico sobre saúde.

O aprendizado/conhecimento foi considerado por alguns (E1, E5, E6, E16) como fator facilitador do desempenho dos conselheiros. Dentre os respondentes de Jurberg, Oliveira e Oliveira (2014), 95% não têm informações/conhecimentos necessários para exercer a função de conselheiro. Ambos os estudos evidenciam o valor da capacitação para o controle social como fonte de aprendizado.

Para E4, E13 e E14, a demanda e a falta de tempo prejudicaram um pouco a atuação. Por ser uma instituição formada por voluntários, a participação no conselho tem que ser encaixada nas agendas profissionais dos membros. Caldana e Figueiredo (2008) discorrem sobre a lógica de sustentação da atividade voluntária que é considerada uma das dimensões da vida humana. Sob a ótica pública, é considerada uma forma de inserção da participação na esfera pública, onde o voluntariado é gerado e permitido pelo sistema capitalista para resolver seus problemas sem questionar suas causas, caso contrário, causaria conflito.

E12 considera seu desempenho regular e atribui sua ausência nas discussões à desmotivação e ao sentimento de opressão. Retomando a idéia de Freire (2016a), essa tirania ocorre quando uma das partes se impõe sobre a outra, o que configura uma relação desequilibrada de poder.Esse depoimento evidencia uma arena de conflito no conselho, caracterizada pela impossibilidade de expressão de opinião. A situação exemplifica a segunda teoria de representatividadecitada anteriormente por Rolim e col. (2013). O perfil de E12 é formado por: representante dos trabalhadores, sua escolaridade é nível médio, sexo feminino, participou de mis de 10 cursos oferecidos pelo CES/MG e é membro do CMS de Leopoldina há mais de 20 anos.

Em contrapartida, os dois conselheiros que consideram sua atuação ótima possuem as características semelhantes às de E12. Suas óticas colocam E3 como imprescindível e E18 como uma pessoa pró-ativa. Ambos são representantes dos usuários, sua escolaridade é nível médio, são do sexo feminino, participaram de mais de 10 cursos oferecidos pelo CES/MG e foram membros do CMS de Leopoldina por mais de cinco anos. De fato, os conselheiros que se capacitam permanentemente são instrumentalizados para exercerem bem suas funções. Sete estudos reafirmaram a Educação Permanente como uma das estratégias essenciais para a potencialização do exercício do controle social visando muni-lo de argumentos e capacidade crítica para a desenvoltura das discussões e tomadas de decisão (Guizardi, 2015;

Lazarini,Sodre, Dalbello-Araujo, 2014; Zambon e Ogata, 2013; Jorge e Ventura, 2012; Oliveira, Ianni, Dallari, 2013; Alencar, 2012; Duarte e Machado, 2012).

Observa-se que o perfil de E12, E3 e E18 é praticamente o mesmo, porém, as percepções de atuação são muito variáveis. Todas teriam as mesmas condições de exercer suas funções, mas o sentimento de opressão e desmotivação que E12 vivencia a afasta do Conselho e a torna pouco atuante. Esse deve ser um ponto a ser resolvido no conselho.

Quando associa o desempenho com a quantidade de cursos realizados, a maioria dos que consideram seu desempenho regular fez menos cursos (quatro fizeram 1 curso, um fez 4 e um fez 12). Dos 9 que consideraram seu desempenho bom, quatro fizeram 1 curso, dois fizeram 2, um fez 4 e um fez 11. Os 2 que consideram ótimo fizeram muitos cursos (um fez 10 e o outro fez 12).

Relacionando o tempo de permanência, o desempenho e quantidade de cursos, observou-se que os 3 conselheiros com maior tempo de permanência (22,16,12 anos) consideram seu desempenho regular. Entretanto, 2 desses conselheiros fizeram poucos cursos oferecidos a eles (2 e 4) e um é exceção, pois fez 12 cursos em 22 anos de atuação, porém, sua desmotivação e sentimento de opressão já discutidos são motivos de sua atuação regular.

4.2.7 OS CONSELHEIROS CONHECEM SUAS FUNÇÕES?

Os conselheiros representam o seu segmento por meio da interlocução de ideias, opiniões e demandas da instituição que os elegeu e articulam os interesses da coletividade. A interação com a sociedade pode ser feita pela “mobilização do segmento, reuniões, boletins informativos e consultas” (BRASIL, 2013a, p.12). Em suma, o conselho propõe, discute, define, monitora e avalia a execução das políticas de saúde a fim de possibilitar a fiscalização e o controle social.

A análise das funções do conselho de saúde deve-se ao fato de que para avaliar se os cursos oferecidos pelo CES/MG seguem os preceitos da educação permanente torna-se necessário evidenciar benefícios práticos dos conhecimentos apreendidos nos cursos. Assim, se o conselheiro não conhece sua função, consequentemente, não será capaz de perceber melhora na sua atuação.

Para levantar essa questão, alguns conselheiros relataram que sua participação nos cursos contribuiu para conhecerem a função do conselho, outros afirmaram que os

conselheiros não conheciam o SUS ou seu papel dentro do controle social, como expresso por E1, E6 e E11.

> *"Eu, pelo menos, tirei muitas dúvidas. Muitas coisas que eu não sabia eu fiquei aprendendo através daquele curso. Como que é ser uma conselheira"* (E1).

> *"Eu, apesar de já lidar com algumas daquelas legislações, de conhecer a 8080, a 8142 e algumas outras, mas assim, como conselheira, eu nunca tinha visto como era a aplicação daquilo, o papel da gente como membro do conselho*" (E6).

> *"[...]os conselheiros entraram sem noção nenhuma do que era, você via que não tinha preparo nenhum, nem de escolaridade [...]"* (E11).

E6 também considerou que, após participar dos cursos sua atuação melhorou no aspecto de conhecer melhor a função dos conselheiros:

> *"Porque eu tive mais clareza do papel, como eu poderia estar contribuindo. Eu tive mais clareza dos direitos, dos deveres do conselheiro. Com isso, eu acho que eu tinha mais clareza pra dar minhas opiniões e tentar melhorar a saúde pública no município."*

E8 relatou que a necessidade do curso foi demandada pelo conselho de Leopoldina para esclarecer sua função.

> *"A solicitação partiu da necessidade porque com a entrada de novas pessoas no conselho que não sabiam o papel do conselho perante o município, perante a atuação no Estado. Então houve a necessidade de dar esse curso".*

E8 também comentou, superficialmente, o objetivo do curso pelo CES/MG:

> *"[...] não teve muitos recursos porque foi mais uma explicação da função, do papel do conselheiro municipal [...]"*

O Quadro 6 demonstra as unidades de registro codificadas nas falas dos entrevistados sobre o que eles entendem como função do conselho de saúde.

Quadro 6 - Unidades de registro sobre as funções dos conselhos de saúde.

Unidades de registro/Palavras-chave	**Frequência**	**Percentual**
Fiscalizar	13	15,66%
Lutar pelo bem estar do cidadão	1	1,20%
Cooperar para que a saúde fique bem	1	1,20%
Contribuir para a melhoria da saúde	1	1,20%
Trabalhar para o bem estar da comunidade	2	2,41%
Resolver situações gerais na saúde	1	1,20%
Tomar decisão	1	1,20%
Resolver problemas locais	3	3,61%
Aprovar recursos, planos e interesses do município	3	3,61%
Autorizar	1	1,20%
Deliberar	3	3,61%
Avaliar aplicação de recursos e planejamento	2	2,41%
Visão crítica da saúde	3	3,60%

Ver as arbitrariedades na secretaria	1	1,20%
Olhar o funcionamento da saúde	1	1,20%
Fazer sugestões à gestão	2	2,41%
Cobrar da gestão funcionamento de programas e decisões	3	3,61%
Quase igual de vereador/Câmara	2	1,20%
Atuar de forma intersetorial	1	1,20%
Colaborar com a secretaria	1	1,20%
Estabelecer parceria com a gestão	2	2,41%
Discutir	4	4,82%
Acompanhar políticas	2	2,41%
Articular políticas com município	1	1,20%
Ver as necessidades do povo	1	1,20%
Visitar pontos de atenção	3	3,61%
Elaborar pareceres	1	1,20%
Organizar a saúde	1	1,20%
Investigar o andamento da saúde	1	1,20%
Ser consultivo	1	1,20%
Apoiar a Câmara de vereadores	1	1,20%
Manifestar vontades	1	1,20%
Aconselhar	2	2,41%
Regulamentar a saúde	1	1,20%
Representar a maioria	1	1,20%
Estudar	1	1,20%
Participar da formação dos projetos da cidade	1	1,20%
Fazer cumprir metas	1	1,20%
Vigiar projetos	2	2,41%
Debater	2	2,41%
Chegar a um denominador comum	1	1,20%
Saber se município está executando o que foi programado	1	1,20%
Ver as necessidades dos postos	1	1,20%
Envolver mais a população	1	1,20%
Propor novas medidas para melhorar as condições sanitárias	1	1,20%
Transformar a realidade	1	1,20%
Multiplicar informações para a população	1	1,20%
Fazer interlocução entre governo e cidadãos	1	1,20%
Total	**83**	**100,00%**

Foram codificadas 83 unidades de registro. A função do controle social mais frequente, sob a ótica dos conselheiros municipais de saúde de Leopoldina entrevistados, é a fiscalização (15,66%). Essa atribuição é entendida pelos conselheiros de forma diversificada, uma vez que, dentre os 13 que a expuseram, oito relataram fiscalização de forma geral, 4 relataram a fiscalização de recursos e um, a fiscalização dos atos do Executivo. Segundo Oliveira, Ianni e Dallari (2013), a fiscalização do gasto público é a função mais conhecida do controle social, evidenciada pelo encaminhamento frequente de documentos referentes à prestação de contas para aprovação e pela própria compreensão da sociedade de que se vigiar o emprego dos recursos financeiros, as políticas de saúde serão bem sucedidas.

A qualificação da fiscalização como a função mais freqüente relatada pelos conselheiros, de certa forma, é justificada por Santos, Tavares Júnior e Leles (2013) ao

relatarem como grande avanço a atuação da sociedade na fiscalização do planejamento e orçamento.

Quanto à comparação da função do conselho com a do Poder Legislativo, esta é uma questão ambígua, que pode ser considerada, em parte, semelhante à função do conselho. E1 e E13 fizeram essa colocação a partir dos seguintes termos:

> *"Tipo quase igual a função de um vereador. Vamos supor, o vereador cria as leis, num é verdade? E o conselheiro tem que ver as necessidades do povo, do que o povo está precisando*." (E1)

> *"Ele é quase uma Câmara, só que a Câmara fiscaliza e ele tem a obrigação de aconselhar [...]"*(E13)

Segundo o CGU (BRASIL, 2009b), o vereador tem suas funções típicas e atípicas, sendo que as primeiras são legislar e controlar o Poder Executivo e as segundas consistem na competência administrativa e judiciária. A função que se aproxima a dos conselheiros é controle externo que está previsto no artigo 31 da CF/88 (BRASIL, 1988) como responsabilidade de fiscalizar e controlar as contas públicas, além de verificar a legalidade e legitimidade dos atos do Poder Executivo a partir da avaliação permanente da gestão e das ações do prefeito.

No Quadro 7, foi feito o primeiro agrupamento temático das unidades de registro, onde formaram-se 15 categorias iniciais. Dentre as categorias iniciais encontradas, a mais freqüente foi fiscalizar a execução das políticas de saúde (38,55%). Enquanto categoria inicial, o termo fiscalizar agregou um sentido muito mais amplo que as unidades de registro. Além de fiscalizar contas e atos, passou a incluir a forma crítica com que deve ser realizada, como: visitar pontos de atenção, observar como é o funcionamento da saúde, a vigilância de projetos e políticas, monitorar a execução do planejamento.

Quadro 7 –Categorias iniciais sobre as funções dos conselhos de saúde.

Unidades de registro	Categorias iniciais	Quantidade	Frequência
Fiscalizar Visão crítica da saúde Ver as arbitrariedades na secretaria Olhar o funcionamento da saúde Acompanhar políticas Visitar pontos de atenção Investigar o andamento da saúde Vigiar projetos Ver as necessidades dos postos Saber se município está executando o que foi programado Ver as necessidades do povo Avaliar aplicação de recursos e	Fiscalizar a execução das políticas de saúde	32	38,55%

planejamento Quase igual de vereador/ Câmara			
Tomar decisão Deliberar Elaborar pareceres Chegar a um denominador comum	Decidir	6	7,23%
Lutar pelo bem estar do cidadão Cooperar para que a saúde fique bem Contribuir para a melhoria da saúde Trabalhar para o bem estar da comunidade Transformar a realidade	Contribuir para qualidade de vida da população	6	7,23%
Resolver situações gerais na saúde Resolver problemas locais	Resolver problemas locais de saúde	4	4,82%
Aprovar recursos, planos e interesses do município Autorizar	Aprovar propostas e recursos	4	4,82%
Cobrar da gestão funcionamento de programas e decisões Fazer cumprir metas	Cobrar execução das políticas	4	4,82%
Atuar de forma intersetorial Apoiar a Câmara de vereadores	Intersetorialidade	2	2,41%
Colaborar com a secretaria Parceria com a gestão	Articular com a gestão	3	3,61%
Participar da formação dos projetos da cidade Propor novas medidas para melhorar as condições sanitárias Articular políticas com município Fazer sugestões à gestão	Participar do processo de planejamento	5	6,02%
Discutir Debater Manifestar vontades	Discutir	7	8,43%
Regulamentar a saúde	Regulamentar	1	1,20%
Organizar a saúde	Organizar a saúde	1	1,20%
Ser consultivo Aconselhar	Consultor	3	3,61%
Envolver mais a população Multiplicar informações para a população Fazer interlocução entre governo e cidadãos Representar a maioria	Mobilizar a sociedade	4	4,82%
Estudar	Estudar	1	1,20%
Total	15	83	100,00%

Cotta, Cazal e Rodrigues(2009) constataram em seu estudo que a maioria dos conselheiros desconhecem as fontes de financiamento do SUS e não compreendem bem esse assunto. Como a aplicação financeira determina o desenvolvimento das políticas de saúde, observa-se a relevância da função fiscalizatória e controladora dos conselhos de saúde.

Ramos e col (2012) complementam dizendo que reduzir as dificuldades de interlocução entre a sociedade e o poder público é pré-requisito para fortalecer a democracia e aumentar a autonomia dos conselhos. As formas de atingir esses objetivos são a partir da

adoção da governança democrática pelos governos e associações comunitárias para fiscalizarem e pressionarem as prestações de contas das ações e orçamentos.

A subcategoria intersetorialidade (2,41%) foi formada a partir da ideia de que deve haver articulação da saúde com outras áreas e apoio à Câmara de Vereadores. O Ministério da Saúde explicita esta como uma das funções dos Conselhos de Saúde:

> Assessorar o Poder Legislativo de cada ente da Federação, quando requisitados, no exercício da fiscalização do cumprimento dos dispositivos da LC141/2012, especialmente, a elaboração e a execução do Plano de Saúde, o cumprimento das metas estabelecidas na LDO, a aplicação dos recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos, as transferências financeiras Fundo-a-Fundo, a aplicação de recursos vinculados e a destinação dos recursos oriundos da alienação de ativos vinculados ao SUS (BRASIL, 2013b, p.36)

Estabelecer parcerias com outros órgãos, como os Tribunais de Contas, a Controladoria-Geral da União, o Ministério Público é essencial para o monitoramento, controle e avaliação da gestão (BRASIL, 2014).

E2 especifica bem a interação do conselho com outros setores e com os usuários para o fortalecimento.

> *"Eu acho que todos os setores tinham que estar envolvidos junto com o conselho [...] eu já ouvi pessoas falando "Ah! Conselho não resolve nada não". Eu já ouvi muito isso. Mas porque também não resolve, mas sozinho ninguém vai fazer nada. Eu acho que tem que envolver cada vez mais pessoas".*

Foi feito o segundo agrupamento temático (Quadro 8) e formaram-se 6 categorias intermediárias. A categoria mais frequente foi fazer cumprir as obrigações legais com 43,37%, e, na sequência, foram identificadas as seguintes: participar do processo de tomada de decisão com 25,30%, promover a saúde com 12,05%, planejar em conjunto com a gestão com 10,84%, consultoria com 3,61% e funções genéricas com 3,61%.

Quadro 8 – Categorias intermediárias sobre as funções dos conselhos de saúde.

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Frequência	Percentual
Fiscalizar a execução das políticas de saúde	Fazer a gestão cumprir as obrigações legais	36	43,37%
Cobrar execução das políticas			
Decidir	Participar do processo de tomada de decisão	21	25,31%
Aprovar propostas e recursos			
Resolver problemas locais de saúde			
Discutir			
Participar do processo de planejamento	Planejar em conjunto com a gestão	9	10,84%
Intersetorialidade			
Articular com a gestão			

Contribuir para qualidade de vida da população	Promover a saúde	10	12,05%
Mobilizar a sociedade			
Consultor	Consultoria	3	3,61%
Estudar	Funções genéricas	3	3,61%
Organizar a saúde			
Regulamentar			
Total	6	83	100,00%

Para esta análise, foi necessária a inclusão de mais uma categorização para que os resultados ficassem mais claros e abrangentes. Assim, formaram-se as categorias finais sobre as funções dos conselhos de saúde (Quadro 9).

Quadro 9 – Categorias finais sobre as funções dos conselhos de saúde.

Categorias inermediárias	Categorias finais	Frequência	Percentual
Fazer a gestão cumprir as obrigações legais	Interação com a gestão para atingir resultados	76	92,78%
Participar do processo de tomada de decisão			
Planejar em conjunto com a gestão			
Promover a saúde			
Consultoria	Consultoria	3	3,61%
Funções genéricas	Funções genéricas	3	3,61%
Total	3	83	100,00%

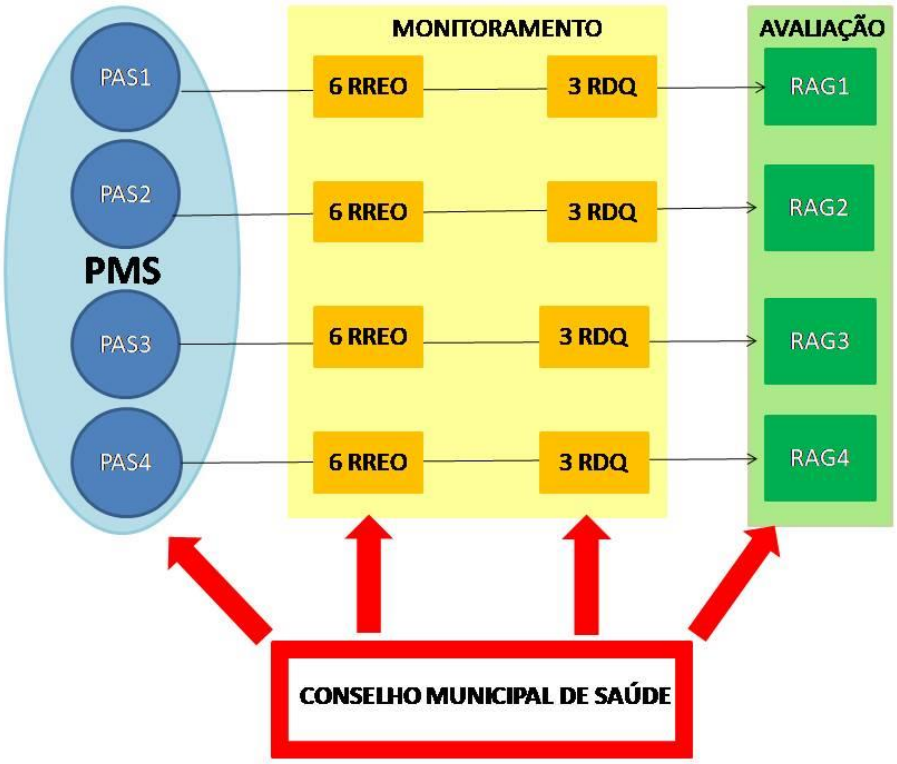
A categoria intermediária fazer a gestão cumprir as obrigações legais (43,37%) foi constituída pelas categorias iniciais fiscalizar (38,55%) e cobrar (4,82%) a execução das políticas de saúde. Esta categoria ancora na premissa descrita por Araújo (2010) de que, para responsabilizar os gestores públicos, tem que haver indicadores para aferição de desempenho, satisfação do usuário e controle social que configuram a gestão orientada por resultados.

Nesse sentido, Araújo (2010, p. 234) complementa que a ação fiscalizatória do conselho é enorme por contemplar em seu escopo “autorização para guias de internamento, planejamento das atividades ambulatoriais, termos de compromisso dos gestores, a compra de serviços à iniciativa privada, relatórios de gestão, até projetos que o município deseja implementar”. Ou seja, a ação da Administração é totalmente dependente do aval do Conselho, desde o planejamento, execução e prestação de contas do processo de gestão. As práticas gerenciais são orientadas pelas normas a fim de que a gestão responsabilize-se pelo controle de resultados por meio da efetivação da gestão orientada por resultados, instrumentos de gestão e adoção de indicadores de desempenho.

Essas referências determinaram o surgimento da categoria final Interação com a gestão para atingir resultados que engloboaram as categorias intermediárias mais significativas, constituindo 92,78% de freqüência.

O esquema da Figura 3 envolve o processo de gestão e mostra a permeabilidade da intervenção do controle social sobre os instrumentos de gestão.

Figura 3–Representação esquemática do processo de Planejamento no SUS.



Legenda:
PMS: Plano Municipal de Saúde
PAS 1, PAS 2, PAS 3 e PAS 4: Programações Anuais de Saúde do 1º, 2º, 3º e 4º ano
6 RREO: 6 relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (bimestrais)
3 RDQ: 3 Relatórios Detalhados do Quadrimestre
RAG 1, RAG 2, RAG 3 e RAG 4; Relatório Anual de Gestão do 1º, 2º, 3º e 4º ano

Fonte: o autor

Este é um processo que inicia no segundo ano de mandato eletivo com o início da execução do Plano Municipal de Saúde (PMS), cuja elaboração ocorre no primeiro ano do mandato e é precedida pelas discussões nas Conferências de Saúde. O ciclo se fecha no primeiro ano do próximo mandato com a execução da 4ª Programação Anual de Saúde (PAS). Durante os 4 anos de duração do ciclo, são elaboradas, a cada ano, as Programações Anuais de Saúde (PAS) com suas respectivas prestações de contas pelos Relatórios Anuais de Gestão (RAG). O último RAG (referente à 4ª PAS) tem o prazo para ser elaborado até março do ano

seguinte. Entre o planejamento anual e sua avaliação, são elaborados os instrumentos de monitoramento: os Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária (RREO), bimestralmente, e os Relatórios Detalhados Quadrimestrais (RDQ). Portanto, pode-se verificar que o Conselho de Saúde está presente em todas essas etapas, seja propondo, deliberando, aprovando, monitorando ou avaliando a execução das políticas de saúde e a execução financeira (BRASIL, 2016b).

O estudo de Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) apresenta resultados do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa/MG que demonstram o quanto os conselheiros são despreparados para atuarem na elaboração e avaliação dos instrumentos de gestão: 73,5% nunca o leram o PMS e 67,6% não sabem analisar o RAG. Outro estudo (COTTA E COL, 2010) relata como dificuldade do conselho pesquisado a ausência de participação dos conselheiros na elaboração do PMS. Esses estudos demarcam a inoperância dos conselhos no processo de planejamento do SUS.

O impacto da gestão orientada por resultados está na forma de prestação de contas que passa a agregar indicadores para aferição do cumprimento de metas referentes ao processo de trabalho, como eficiência, eficácia e efetividade da ação pública. Por sua vez, as metas pactuadas refletem onde a gestão deseja chegar para melhorar a qualidade de saúde da população e, consequentemente, promover a saúde (terceira categoria com 12,05%).

A segunda categoria intermediária mais frequente é participar do processo de tomada de decisão (25,30%). Essa categoria materializa o compartilhamento de ideias e poder e expressa a característica democrática da instituição sempre em busca de tomar decisões que impactem no bem-estar da população. Esse objetivo também culmina na terceira categoria intermediária: promover a saúde (12,05%) constituída pelas subcategorias contribuir para qualidade de vida da população com 7,33% e mobilizar a sociedade com 4,82%.

Segundo Campos e Rodrigues Neto (2008, p. 236), a Carta de Otawa define promoção da saúde a partir de valores: “qualidade de vida, saúde, solidariedade, eqüidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros”. Esses autores associam estratégias para efetivar a promoção:

> [...] ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de capacidades e habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a ideia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2008, p. 236).

Ramos e col (2012) explicam que a Constituição Federal de 1988 definiu a participação social no planejamento orçamentário, constituindo o chamado orçamento participativo. A despeito da disposição legal da criação de instâncias internas nos conselhos para apurarem e acompanharem a alocação de recursos financeiros, a participação dos conselhos de saúde no processo decisório não é efetiva (COTTA, CAZAL E RODRIGUES, 2009). O estudo de Ouverney, Moreira e Ribeiro (2016) demonstrou que a iniciativa formuladora e capacidade de associação com a sociedade civil organizada são restritas, assim como articulação intersetorial.

A categoria intermediária promover a saúde (12,05%) nada mais é que o resultado das ações conjuntas do conselho de saúde e da gestão. Para promover a saúde, o Estado necessita de parceria com a sociedade para agir sobre os determinantes e condicionantes de saúde. O § 2, do artigo 2º da Lei 8080/90 dispõe que "o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade" (BRASIL, 1990a), ou seja, ação compartilhada onde cada um tem sua parcela de responsabilidade.

A categoria intermediária planejar em conjunto com a gestão (10,97%) foi formada a partir do entendimento de que a sociedade deve participar da gestão pela ação de seus representantes no conselho de saúde, premissa que também vai ao encontro da categoria promover a saúde. Àquela categoria incluem-se as proposições, sugestões, regulamentações, formulações de políticas. Segundo Oliveira, Ianni e Dallari (2013) um grupo de sua pesquisa entende que o controle social atua de forma intersetorial para o exercício de cidadania, cujas funções relacionam-se à formulação, fiscalização e regulação das políticas públicas. Em síntese, os autores entendem que esse grupo considera a participação como forma de construir as políticas e, consequentemente, o Estado com a finalidade de atender as necessidades da população.

Quanto à catagoria final função consultora (3,61%), conforme histórico do Conselho Nacional de Saúde, pela Lei n º 378/1937, este era um órgão consultivo do Ministério da Saúde e seus membros eram indicados pelo Ministro de Estado. O Decreto nº 34347/1954 regulamentou o CNS e atribuiu a ele a função de assistir o Ministro de Estado, função reafirmada pelo Decreto nº 847/1962. O Decreto 67300/1970 ampliou sua função para examinar e emitir parecer sobre promoção, proteção e recuperação da saúde e opinar sobre matéria estabelecida legalmente que determinava sua apreciação. O Decreto n º 93933/1987 atribuiu a função de assessoramento e normativas. Em 1990, a Lei nº 8.142 redefiniu o conselho como órgão permanente e deliberativo (BRASIL, 1990b). Atualmente, a Resolução

453/2012 reafirma a natureza dos conselhos de saúde e estabelece como uma de suas competências a consultiva (BRASIL, 2012c).

Santos, Tavares Júnior e Leles (2013) reforçam que a assessoria ao Poder Legislativo encontra-se entre as atribuições dos conselhos na Lei Complementar 141/2012 e enumeram as circunstâncias em que a assessoria pode ser requisitada, como: execução do Plano de Saúde, aplicação de recursos e cumprimento de metas da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), aplicação e transferências financeiras e alienação de ativos do SUS.

Oliveira (2004 apud BIANCHI E NICOLAU, 2017) descreve as funções fiscalizatória do funcionamento e da aplicação de recursos, deliberativa das políticas e planos de saúde e consultiva sobre convênios e outras questões. Porém, a Resolução 453/2012 dispõe que a competência sobre os convênios é avaliatória, deliberativa, de monitoramento e controladora. Quanto à competência consultiva, a Resolução 453/2012 estabelece no item XIX que ele deve "[...] responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde [...]" (BRASIL, 2012c).

Seguem as falas dos conselheiros para demonstrarcomo eles entendem a atribuição consultora do conselho de saúde:

> *"Ele fiscaliza tanto o emprego do dinheiro público via prefeitura sobre todas as contas da prefeitura têm que ser aprovadas pelo conselho, mas o conselho é deliberativo, mas ele não é punitivo ele fica consultivo".(E8)*
>
> *"...a gente trabalhava mais na base do aconselhamento e as pessoas, se praticavam depois o conselho que a gente pedia pra ser feito, a gente não podia participar, daí pra frente era só mesmo com eles".(E9)*
>
> *"Ele é quase uma Câmara, só que a Câmara fiscaliza e ele tem a obrigação de aconselhar, como o nome já diz..."(E13)*

A categoria final denominada funções genéricas (3,61%) é formada pelas funções estudar (1,20%), organizar a saúde (1,20%) e regulamentar (1,20%).

Quanto à primeira, o conselheiro deve estudar para se aprimorar e adquirir habilidades para executar bem suas funções, entretanto, essa não é uma função específica do conselheiro. No que se refere a esse tema, a função do conselho é "estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS)", conforme expresso no item XXII, da Resolução nº 453/2012 (BRASIL, 2012c).

Quanto à organização da saúde e sua regulamentação, ambas são funções do Poder Executivo. O decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011) dispôs sobre a organização do SUS e

enquadra-se na competência do conselho a avaliação da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme especificado no item XI, da quinta diretriz da Resolução nº 453/2012 (BRASIL, 2012c).

Os conselheiros de Leopoldina participantes deste estudo, de forma geral, assimilam bem a função de participação direta na gestão do SUS. Esse resultado diverge do encontrado no estudo de Cotta, Cazal e Rodrigues (2009) onde os conselheiros não relacionaram a função do conselho ao exercício do controle social propriamente dito para exercer a cogestão. Oliveira, Ianni e Dallari (2013) também obtiveram resultado oposto em seu estudo, onde um grupo pesquisado entende que o exercício da participação popular deve limitar-se ao planejamento e direcionamento das ações de saúde, função diferente de cogestão.

A formulação e controle das políticas de saúde expressa a consolidação do controle social definida por Landerdhal e col (2010, p. 2431) como "um dos fatores mais importantes para o sucesso na implantação do SUS".

O desconhecimento dos conselheiros quanto às funções e finalidades do controle social foi identificado por três autores. Silva, Silva e Souza (2013) apenas citaram o desconhecimento das funções do conselho, enquanto Zambon e Ogata (2013) relataram concepções de conselheiros sobre controle social divergentes das atribuídas legalmente que, segundo elas, podem comprometer o desenvolvimento de suas funções. No discurso de Oliveira, Ianni e Dallari (2013, p. 2332), há um grupo que entende o controle social como uma "ajuda" para a população SUS-dependente, definida como "prática caritativa" que resgata o sentido de empoderamento psicológico descrito no capítulo 2. Em contrapartida, há grupos que entendem como participação da sociedade, algumas vezes diferente de cogestão, outras, no sentido de controle do Estado pela sociedade e, ainda, como exercício de cidadania em defesa dos direitos.

O contexto de controle social refere-se ao dever institucional na cogestão da saúde. Este aspecto foi legitimado pela Lei 8.142/90 com a formação dos Conselhos e Conferências de Saúde para atuarem como instâncias colegiadas democráticas e participativas em todas as esferas de governo (BRASIL, 1990b). Essa proposição lhes atribuiu a co-responsabilidade pela governança do Sistema de Saúde, a partir da função primordial de participar na formulação, execução e controle das políticas públicas. Essas competências dos Conselhos são ratificadas pelo art. 15 do Decreto 7.508/11, que preconiza a participação dos Conselhos no processo de planejamento (BRASIL, 2011), assim como no art. 38 da Lei Complementar 141/12 que designa como competência dos Conselhos a fiscalização da gestão, juntamente com outros órgãos, para garantir a transparência da administração pública (BRASIL, 2012d).

A fiscalização das políticas públicas é uma atividade difícil para o controle social devido aos poucos mecanismos de aferição. Uma estratégia que demonstra eficácia é a mudança da operação da gestão de procedimentos para gestão por resultados, estudada por Araújo (2010). A avaliação do desempenho depende da articulação e estabelecimento de indicadores de desempenho, avaliação posterior à execução das ações, pesquisa de satisfação dos usuários e mecanismos de controle social. Dessa forma, o controle social é apenas uma vertente de transformação da gestão por processos para gestão por resultados, sendo que as dificuldades desse mecanismo envolvem restrição de espaços de participação do cidadão ao Conselho, prestação de contas burocráticas tradicionais, falta de avaliação dos contratos.

4.3 CURSOS DE FORMAÇÃO OFERECIDOS PELO CES/MG PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LEOPOLDINA

Para essa análise, foram utilizados documentos e entrevista semi-estruturada com os conselheiros municipais de saúde de Leopoldina que participaram de cursos oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais nos últimos dez anos. Pretende-se com esta abordagem responder aos objetivos relacionados aos eixos curso e prática, pois ambos corroboram a natureza dos cursos. Sendo assim, os objetivos específicos pertinentes nesse tópico são: descrever a estruturação dos cursos oferecidos pelo CES/MG, avaliar se as estratégias adotadas pelo CES/MG para qualificar conselheiros seguem os preceitos da educação permanente como estratégia problematizadora e analisar o entendimento dos conselheiros sobre a melhoria na prática de atuação obtida com cursos de qualificação oferecidos pelo CES/MG.

4.3.1 ESTRUTURA DOS CURSOS OFERECIDOS PELO CES/MG PARA O CMS DE LEOPOLDINA

Foi realizado levantamento de documentos no CES/MG e no CMS de Leopoldina com intuito de encontrar respaldo documental sobre a metodologia dos cursos oferecidos pelo CES/MG para este conselho municipal, pretendendo responder à seguinte questão desta pesquisa a partir da análise deste item: Como foram estruturados os cursos oferecidos pelo CES/MG para o CMS de Leopoldina, considerando o corte temporal de 10 anos?

Os documentos utilizados para embasar essa análise foram atas do CMS, fichas de inscrições de cursos, listas de presença, planos de ação, relatórios de execução de cursos, materiais didáticos e deliberações do CES/MG e do CMS de Leopoldina.

Controle social é o termo usado para designar "o entendimento, a participação e a fiscalização da sociedade sobre as ações do Estado" (BRASIL, 2010, p.14). Uma das estratégias utilizadas para manter o controle social ativo e com capacidade deliberativa é a qualificação dos seus membros.

Ouverney, Moreira e Ribeiro (2016) atribuem como consequência do desenvolvimento da política de educação permanente para o controle social a consolidação dos espaços decisórios e Alencar (2012) atribui a potencialização da ação do controle social.

4.3.1.1 Os cursos

Nos últimos 10 anos (5 mandatos de conselheiros) foram oferecidos 12 cursos pelo CES/MG, conforme demonstrados no Quadro 10. Constata-se que não foram apresentadas listas de presença de 3 cursos e não tem a informação sobre carga horária e tema de 1 curso. Considerando que este estudo engloba o período de 2007-2017, ou seja, seis mandatos, nos períodos de 2007-2008, 2014-2016 e 2017 não há registros de capacitações no CES/MG nem no CMS de Leopoldina. Se os conselheiros atuantes nesse período não buscaram capacitações independentes, o controle social do município ficou inapto a exercer suas funções.

Quadro 10 - Cursos oferecidos pelo CES/MG para o CMS de Leopoldina de 2007 a 2017.

Cursos	Data	Tema	Carga horária	Partici-pantes
1	14 e 15/08/2009	Capacitação de Conselheiros municipais de saúde na microrregião de Leopoldina	40 h	18
	11 e 12/09/2009	Capacitação de Conselheiros municipais de saúde na microrregião de Leopoldina		
2	23 e 24/10/09	Capacitação de conselheiros e Formação dos Colegiados Microrregionais de CMS de MG - Comunicação e Informação no SUS Formação de agentes para o controle social de Leopoldina	16 h	13
3	11 e 12/12/2009	Capacitação de conselheiros e Formação dos Colegiados Microrregionais de CMS de MG - Comunicação e Informação no SUS Formação de agentes para o controle social de Leopoldina	16 h	10
4	05 e 06/02/2010	Capacitação de conselheiros e Formação dos Colegiados Microrregionais de CMS de MG - Comunicação e Informação no SUS Formação de agentes para o controle social de Leopoldina	16 h	4
5	28/05/2010	Capacitação de Conselheiros municipais de saúde na microrregião de Leopoldina	8 h	-
6	12 a 15/05/2011	Oficina de Capacitação de Conselheiros	32 h	17

7	02/03/2012	-	-	4
8	16/05/2012	Treinamento sobre ferramentas do sistema de saúde	8 h	3
9	19 e 20/12/2012	Implementação dos colegiados microrregionais de saúde (atualização da legislação do sus, estratégia de atualização para 2013 e balanço das perspectivas do controle social diante dos novos gestores na microrregião assistencial de Leopoldina, Cataguases e Além Paraíba	16 h	8
10	04/02/2013	Alinhamento e Capacitação Microrregional de Conselheiros Municipais de Saúde	8 h	-
11	7 e 8 junho/2013	Oficina de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde da Região Assistencial Leopoldina, Cataguases e Além Paraíba	16 h	-
12	25 e 26/07/2014	Oficina de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde e implementação do Colegiado de Conselhos Regionais de Saúde – Formação de Agentes para o Controle Social	16h	13
TOTAL DE PARTICIPANTES				90

Durante as entrevistas, dez (55,55%) conselheiros relataram que foram proativos na busca de capacitação além das que foram oferecidas pelo CES/MG, três (16,66%) não buscaram aprimoramento e cinco (27,77%) não relataram. Não se pode afirmar se os demais conselheiros tiveram essa iniciativa, até porque já nãoforamparticipativosnoscursos analisados neste estudo. E4 mencionou em sua entrevista sobre sua percepção de participação dos conselheiros em cursos diferentes dos estudados nesta pesquisa:

> *Eu acredito que, no tempo que eu fiquei no conselho, eu não vi nenhum conselheiro buscar cursos fora da oportunidade que o conselho proporcionava. Eu acho que se o conselho não for uma instituição que consiga levar isso pra eles, eu acho que as pessoas não conseguem buscar. Até porque, como eu disse, geralmente, elas são atarefadas, têm outras funções no próprio município, participam de outros conselhos,até mesmo no próprio município. Então elas acabam se perdendo um pouco na questão de entender aquela forma de atuação dela. Eu acredito que não.*

Quatro estudos evidenciaram falta de capacitação e suas implicações para o controle social. Oliveira e Pinheiro (2010) relataram em seu estudo a falta de capacitação como uma das dificuldades para que o conselho exerça suas funções. Duarte e Machado (2012) também relataram dificuldades de capacitação e atribuíram isso a duas possibilidades: baixa oferta de cursos ou rotatividade estabelecida legalmente pela limitação de mandatos. Este estudo evidenciou a relação direta entre capacitação e segurança para exercer a função. Martins e col. (2008) relacionam a interação entre Conselho e sociedade à capacitação dos conselheiros. Zambon e Ogata (2013) ressaltaram que essa estratégia poderia aprimorar o exercício do controle social no SUS.

Ao somar o total de participantes nos cursos, totalizam 90 conselheiros capacitados no período de 2009 a 2014, em 6 anos (Quadro 6). O que corresponde a mais da metade do

quantitativo total de conselheiros em 3 mandatos (144), esses números dão falsa impressão de que 62,50% dos conselheiros foram capacitados.

O Quadro 6 também demonstra que o quantitativo máximo de participantes por curso é 18 conselheiros. Dentre os 9 cursos com informações sobre a participação, 5 contaram com menos de 12 conselheiros e os outros 4 com menos de 24. Isso demonstra que a participação dos conselheiros nos cursos é pequena porque o número total de conselheiros por mandato é 48, sendo 24 titulares e 24 suplentes.

Para complementar, o Quadro 11 esmiuça os dados ao relacionar os participantes e os cursos oferecidos pelo CES/MG. Há 34 conselheiros capacitados em 12 cursos concentrados em 3 mandatos, sendo que os 18 primeiros conselheiros relacionados são os participantes desta pesquisa. Constata-se que 50% dos conselheiros são frequentes em mais de 1 curso e que apenas nos 3 mandatos em que os cursos foram oferecidos encontraram-se conselheiros capacitados, sendo 17 no mandato 09/10, 19 no 11/12 e 11 no 13/14.

Quadro 11 - Relação de participantes por curso oferecido pelo CES/MG.

Partici-pantes dos cursos	Segmento	Cursos												Partici-pantes da pesquisa
		Mandato 09/10					Mandato 11/12				Mandato 13/14			
		2009			2010		2011	2012			2013		2014	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
E1	Usuário												x	Sim
E2	Trabahador												x	Sim
E3	Usuário	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Sim
E4	Trabahador												x	Sim
E5	Usuário	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	Sim
E6	Trabahador	x	x	x	x		x							Sim
E7	Usuário	x	x	x			x							Sim
E8	Prestador								x					Sim
E9	Usuário						x			x				Sim
E10	Gestor						x							Sim
E11	Trabahador						x			x				Sim
E12	Trabahador	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Sim
E13	Gestor						x							Sim
E14	Prestador	x	x											Sim
E15	Usuário						x							Sim
E16	Trabahador	x	x	x									x	Sim
E17	Usuário												x	Sim
E18	Usuário	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		Sim
19		x												Não
20		x	x	x									x	Não
21		x								x				Não
22		x	x											Não
23		x	x	x										Não
24		x		x										Não
25		x	x											Não
26							x							Não
27													x	Não
28		x	x											Não
29							x							Não

30							x							Não
31							x							Não
32							x							Não
33							x							Não
34		x												Não

Considerando o total de 48 conselheiros por mandato, menos da metade dos conselheiros em cada mandato foi capacitado, sendo que houve um agravamento do panorama no mandato 13/14. Confirma-se que, proporcionalmente, o número de conselheiros capacitados é pequeno.

O estudo de Duarte e Machado (2012) coincide com este na quantidade de conselheiros capacitados, com resultado de menos da metade do total de conselheiros cujas prováveis causas são a baixa oferta de cursos. Contrariamente ao que os autores citados acima relatam, os conselheiros sentem-se preparados para exercer a função.

Há duas situações evidentes que podem ser consideradas como causas para a baixa capacitação dos conselheiros de Leopoldina: uma relacionada à irregularidade de oferta de cursos, pois há tanto mandatos com excesso quanto de escassez de oferta e outra ao desinteresse ou incompatibilidade de horário dos conselheiros em se capacitarem devido à baixa frequência observada nos cursos oferecidos.

Zambon e Ogata (2013) também verificaram em seu estudo pouca adesão dos conselheiros de saúde aos processos de capacitação específica.Da mesma forma, Jorge e Ventura (2012) destacaram a falta de profissionalização dos Conselhos de Saúde que reflete a falta de capacitação.

4.3.1.2 Os Planos de ação dos cursos

Fonseca, Fernandes e Oliveira (2017) definem planejamento e enfatizam que este é o suporte para as atividades do professor. Os autores classificam o planejamento em: planejamento comoprincípioeprática que é concebido na pedagogia tradicional e visa aos objetivos e as tarefas; o planejamento normativo proveniente da pedagogia tecnicista que visa ao ensino em detrimento da aprendizagem; o planejamento participativo que visa à mudança por praticar a criticidade, contextualização, dialogicidade.

> Planejamento é uma antecipação mental de uma ação que será realizada. É fazer o plano (planejar). Buscar fazer algo por meio de um trabalho de preparação, articulando métodos, através de um processo de reflexão, para uma tomada de decisão, direcionada para a finalidade pensada (FONSECA; FERNANDES; OLIVEIRA, 2017, p. 6).

Arruda (2015) descreve o planejamento na perspectiva de Freire como a interação dialógica entre docentes e discentes com aprendizado mútuo, visando à transformação da educação.

Arruda (2015) e Fonseca, Fernandes e Oliveira (2017) diferenciam planejamento de plano de aula, onde o primeiro consiste na reflexão para tomada de decisão como um processo permanente e o segundo, um produto explicitado como registro provisório.

Foram encontrados no CES/MG dois esboços de planos de ação (PA), um de 2010 e um de 2013.

O PA de 2010 refere-se à Oficina de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde e implementação do Colegiado de Conselhos Regionais de Saúde – Formação de Agentes para o Controle Social e pertence à Região de Saúde de Belo Horizonte, porém, seus objetivos demonstram que o PA é comum a todas as Regiões de Saúde do Estado de Minas Gerais, conforme descritos a seguir: “Capacitar de forma descentralizada e permanente os Conselheiros de Saúde das 75 microrregiões assistenciais de saúde de Minas Gerais, de acordo com a formação do PDR de Minas Gerais, totalizando 6.000 conselheiros de saúde”.

No PA de 7 e 8/06/2013, intitulado Oficina de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde da Região Assistencial Leopoldina, Cataguases e Além Paraíba, está especificada a Região de Saúde de Leopoldina e comunga do mesmo objetivo do curso oferecido em 2010.

Os PA encontrados, com intervalos de 3 anos entre os cursos, são praticamente os mesmos, diferindo-se no assunto descrito na parte referente ao material de apoio/didático apenas.

O PA é subdividido em objetivos, objetivo geral, metas, ação, plano de trabalho (material pedagógico/apoio), equipe de multiplicadores, reunião preparatória, programação de atividades, regimento interno do colegiado e questões administrativas.

Para Silva e col. (2012), a aprendizagem significativa deve considerar a heterogeneidade dos alunos e cada fase do ensino-aprendizagem requer a utilização de recursos didáticos específicos que promovam a aprendizagem significativa. Dessa forma, além de conhecer o público, necessita dominar um escopo de propostas variado para planejar o curso de forma a atingir resultados positivos.

Para Arruda (2015, p. 242), “o diagnóstico da realidade é a primeira ação para um bom e eficiente planejamento”. Ela explica a prática pedagógica como um processo cíclico e contínuo subdividida em planejamento, mediação e avaliação, cuja dinâmica constitui a sobreposição dessas etapas, onde, em cada momento uma se sobressai.

4.3.1.3 Os Relatórios dos Cursos

Foram encontrados no CES/MG dois relatórios de capacitações realizadas em Leopoldina nos períodos de 19/12/2012 e 07-08/06/2013.

O CES/MG relata os seguintes temas referentes à capacitação de 19/12/2012: avanços e dificuldades do controle social, atualizações de decretos e leis, estrutura, funcionamento e organização dos conselhos, direção do SUS, informes, Política de Atendimento Prisional, judicialização, Comissões Intergestores, agentes comunitários, SAMU, responsabilidades, controle e avaliação municipais, salário de médicos, parâmetros da PPI, Seguridade Social, indicadores de saúde, cidadania e participação da comunidade na gestão, otimização de recursos, RENAME, RENASES, Atenção Básica, SUSFácil, Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). Esta capacitação foi subdividida em momentos de discussão e apresentação de slides.

O relatório da capacitação realizada em 7 e 8/06/2013 expõe atividades de leitura, apresentações de slides, vídeos, tópicos avulsos onde não descrevem o tipo de atividade e tarefas que, aparentemente, foram momentos de discussão entre os conselheiros. Esta oficina apresenta os seguintes assuntos: legislações, indicadores de saúde e metas, programas de saúde, comissões intergestores, representatividade do controle social, orçamento, Poder Executivo, instrumentos de gestão, Regimento Interno, história de Políticas Públicas, cartão SUS, Reforma Sanitária, princípios do SUS, atribuições e definições do Conselho Municipal de Saúde, prestação de contas, gestão, financiamento, Termo de Compromisso de Gestão (TCG), sistemas de informação. Este curso também possui plano de ação disponível.

Observa-se que ambas as oficinas mesclaram muitos temas em um período curto (16h). Isso remete à reflexão sobre a qualidade e aprofundamento da abordagem dos temas frente ao tempo destinado à explanação de cada um e suscita à deposição de informações desenfreada na cabeça dos conselheiros, estratégia largamente criticada por Freire e seus seguidores.

Foram relatadas formações de grupos e momentos para discussões, como exemplificados nos depoimentos de alguns conselheiros.

> *Teve uns slides, teve dinâmica também e falou sobre a situação de saúde, pontos positivos, pontos negativos, o que que é necessário, o que não é, o que está precisando melhorar. Eu me lembro dessas falas, não detalhadamente, mas eu me lembro* (E2).
>
> *[...] Depois que acabam todas as palestras tem o círculo, a roda, a gente conversa e*

> *esclarece, se ficou alguma dúvida a gente pergunta* (E5).
>
> *Tinham momentos de troca de experiência sim, de poder falar sobre as questões do município, pessoas que expunham algo que viam que estava acontecendo. Mesmo sendo um curso de matéria mais ou menos fechada, que era para a gente discutir sobre plano, tinham muitos momentos das pessoas exporem, discutirem entre nós e quem estava orientando o curso também guiava esses momento* (E10).
>
> *Fazia os grupos, cada um tinha uma divisão e ficava falando o tinha que ser o que achava. Discutia problemas locais da cidade, depois entrava em grupo e tinham as perguntas do G.* (E16).

Arruda e col. (2008) relatam que a tendência em países desenvolvidos é formar pequenos grupos de alunos para discutirem com seus pares e compartilharem a aprendizagem. Essa metodologia instiga a aprendizagem ativa de forma que o aluno aprende sem que o conhecimento seja "ensinado".

Nos relatórios, observa-se que os multiplicadores são nomeados como facilitadores. Para Arruda e col. (2008), estes são sinônimos de apoiadores, motivadores que centram o processo educativo no educando. Diferentemente, a EPS trabalha com a relação educador/educando no processo, o que, ainda segundo os autores, a nomenclatura mediador seria mais adequada por mediar o diálogo para produção de novos conhecimentos conjuntamente e proporcionar aprendizado recíproco.

Não há informação oficial sobre os facilitadores, embora os entrevistados e a pesquisadora saibam que se trata de conselheiros estaduais. O Conselho Nacional de Saúde afirma que o processo de educação permanente para o controle social pode ser realizado pelos próprios conselheiros, instituições e/ou entidades parceiras dos conselhos de saúde (BRASIL, 2006).

4.3.1.4 Atas do CMS de Leopoldina

De acordo com Morita, Guimarães e Di Muzio (2006), a ata submete-se às regras de organização de cada grupo, há um plano de texto definido e o discurso com objetivo de registrar as informações acerca da saúde municipal.

No CMS de Leopoldina, foram encontrados apenas pontos de pauta informativos sobre os cursos nas atas. Este estudo previu um corte temporal de 10 anos, todavia, o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina não possui registros anteriores ao ano de 2009, uma vez que os livros de atas "desapareceram", conforme boletim de ocorrência registrado pela presidente do Conselho nesse período para se respaldar quanto à responsabilidade de guarda e conservação dos documentos.

Dessa forma, foram lidas as atas das reuniões encontradas desde 2009 e verificaram-se 10 menções informativas aos cursos de capacitação oferecidos aos conselheiros demonstrados no Quadro 12. Dentre estes informes, cinco (1, 2, 3, 8 e 9) referem-se a cursos oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. Ressalta-se que não foram encontrados indícios de pactuação das datas dos cursos com os conselheiros municipais de saúde.

Quadro 12 - Descrições do livro de ata do CMS Leopoldina.

Ordem	Data – Folha	Descrição do livro de atas
1	15/07/2009 – fl. 7	"A A. M. disse que haverá uma capacitação de conselheiros nos dias 14 e 15 de agosto, pediu a participação de todos conselheiros, para melhor auxiliarmos o Dr. G. (Secretário de Saúde) e o prefeito B. G. no crescimento e desenvolvimento da saúde em Leopoldina"
2	01/09/2009 – fl.9	"A Srta. A. V. informou sobre o Curso de Capacitação dos Conselheiros, que já houve o módulo I e no próximo dia 11 e 12/09 haverá continuidade."
3	26/11/2009 –fl.13	"O curso de capacitação será nos dias 11 e 12 de dezembro de 2009."
4	15/09/2011 – fl. 41	"A. V., Presidente do Conselho, falou sobre a TV que foi adquirida para que todos os conselheiros possam assistir ao Canal Saúde, falou também sobre a capacitação que será dada para todos os conselheiros que será na sede da GRS nos dias 23 e 24 de setembro."
5	14/05/2012 – fl.50	"A Presidente A. disse que fará uma capacitação para os conselheiros que não foram ainda capacitados e seguirá capacitando todos os outros conselheiros."
6	18/02/2013 – fl. 60	"A Presidente A. nos informou um e-mail para inscrição de um Curso de Instrução de Conselheiros, site da Saúde Pública."
7	18/11/2013 – fl.77	"A. V. relatou sobre a capacitação de conselheiros em Itamarati de Minas para os conselheiros em 13 e 14/12, solicitando transporte para a Secretaria Municipal de Saúde de Leopoldina."
8	07/07/2014 – fl. 87	"Informação sobre a Oficina de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde e Implantação dos Colegiados Microrregionais de Conselhos Municipais de Saúde – Formação de Agentes para o Controle Social no SUS."
9	28/07/2014 – fl. 88	"A Presidente A. agradeceu a todos e, em especial, a Secretária L. pelo oferecimento de lanches na ocasião da Oficina de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde e Implantação dos Colegiados Microrregionais de Conselhos Municipais de Saúde – Formação de Agentes para o Controle Social no SUS, realizada dias 25 e 26 de julho de 2014, no Campus do CEFET Leopoldina, ministrado pelo Vice-Presidente do Conselho Estadual de Saúde, Sr. G. H. L."
10	06/10/2014 – fl. 91	"Também informou sobre o Curso Nacional de Ativação para o Desenvolvimento da Prática do Controle Social no SUS, oferecido pelo Conselho Nacional de Saúde, integrado ao Qualiconselhos – Programa Nacional de Qualificação de Conselhos de Saúde."

O estudo realizado por Andrade, Meirelles e Lanzoni (2011), na análise das atas de reuniões do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite de Santa Catarina no período de 2007-2010, evidenciou que 60,56% das reuniões do CES/SC mencionou EPS, sendo que 41,86% eram informes, discussões, resoluções/deliberações. Enquanto nas atas do CMS de Leopoldina 100% das citações de EPS correspondem a informes.

Já na análise das atas do CMS de Botucatu/SP foram relatados vários pontos de pauta discutidos nas reuniões sobre assistência, organização das reuniões do Conselho e solicitação de retratação, todavia, não há relato de cursos de capacitação (MORITA; GUIMARÃES; DI MUZIO, 2006).

O estudo realizado no município de Vitória/ES analisou as atas do CMS no período de 2005 a 2012 e constatou que a educação em saúde foi mencionada muitas vezes, principalmente no ano de 2010. Segundo os autores, em seu estudo, educação em saúde possui variados sentidos e, para esses conselheiros, trata-se do modelo tradicional de transmissão de conhecimento (LAZARINI; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2014). Um dos objetivos da avaliação dos cursos oferecidos pelo CES/MG para o CMS de Leopoldina inclui essa análise em seu escopo.

4.3.1.5 Deliberações do CES/MG e do CMS de Leopoldina

Os conselhos de saúde têm caráter deliberativo, conforme definido pela Lei 8142/90 que significa que os conselhos não decidem por consenso e sim por votos em seus plenos, cuja decisão é oficializada por um documento denominado deliberação. Esse instrumento normativo deve ser homologado e executado pelos governantes no prazo de 30 dias. Uma questão de suma importância é a definição dos assuntos objetos de deliberação que correspondem às diretrizes da Conferência de Saúde. Isso significa transformar as diretrizes em políticas e ações de saúde (MOREIRA, 2016).

Como o site do CES/MG encontrava-se desativado no período de levantamento dos dados, uma funcionária do CES enviou por e-mail os números e disposições das deliberações do período desse estudo para filtragem dos dados pertinentes. Com esse filtro, foram solicitadas sete deliberações na íntegra que, após a leitura, não contemplavam informações que respondem ao objetivo desta análise, conforme verificado no Quadro 13.

Quadro 13 - Deliberações do CES/MG.

2007	Deliberação CES/MG Nº 009/2007.	Aprova o Plano de Ação do Estado de Minas Gerais, referente ao Incentivo Financeiro para a implementação do Componente para a Qualificação da Gestão do SUS do bloco de financiamento para a Gestão do SUS, no que se refere à regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento, participação popular e ao fortalecimento do controle social, para o ano de 2007.
2008	Deliberação CES/MG Nº 044/2008.	Aprova o recebimento dos recursos federal,oriundos do Ministério da Saúde, para implementação da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde no Estado de Minas Gerais, no exercício de 2008, de acordo com os critérios estabelecidos para alocação orçamentária referente à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

2008	DELIBERAÇÃO CESMG Nº 045/2008.	Aprova o Plano de Ação para captação e execução de recursos oriundos da Portaria GM/MS nº 2.588 de 30 de outubro de 2008, referente ao Componente para Qualificação da Gestão no SUS.
2010	DELIBERAÇÃO CESMG Nº 002/2010	Define as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Minas Gerais e institui as 76 (setenta e seis) Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente, as 13 (treze) Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço Macrorregional - CIES Macrorregionais e 1 (uma) Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço Estadual – CIES Estadual.
2010	DELIBERAÇÃO CESMG Nº 005/2010	Acresce Parágrafo único ao art. 13 da Deliberação CES MG N.º 002, de 1º de fevereiro de 2010, que define as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Minas Gerais e institui as 76 (setenta e seis) Comissões Técnicas Microrregionais de Educação Permanente, as 13 (treze) Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço Macrorregional - CIES Macrorregionais e 1 (uma) Comissão Permanente de Integração Ensino Serviço Estadual - CIES Estadual.
2013	DELIBERAÇÃO CESMG Nº 004 DE 2013	Trata da Criação e implementação dos Colegiados Regionais de Conselhos Municiais de Saúde de Minas Gerais, nas 77 Regiões Assistenciais de Saúde de Minas Gerais em acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDRMG
2013	DELIBERAÇÃO CESMG Nº006, DE DEZEMBRO 2013.	Dispõe sobre o repasse de recursos financeiros para incentivo e apoio ao desenvolvimento de ações de gestão do SUS – Controle Social, nos municípios do Estado de Minas Gerais.

Souza, Tavares Júnior e Leles (2013) explicitaram a vinculação administrativa do CES/MG à Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais pelo provimento de estrutura física, equipamentos e recursos financeiros. Segundo os autores, no período de 2008 a 2013 foram empregados, aproximadamente, 7 milhões de reais na operacionalização do CES/MG. Eles descrevem o uso desses recursos com viagens e capacitações dos conselheiros para o fortalecimento dos conselhos a nível regional e municipal.

Pautado nas deliberações e na declaração dos autores supracitados, conclui-se que o CES/MG dispunha de orçamento para a realização das capacitações e que foi aplicado em abundância no período de 2009 a 2014, conforme explicita o Quadro 13.

O CES/SC e CIB/SCdeliberaram destinação de recursos financeiros a cursos de capacitação da gestão e dos conselheiros estaduais, assim como formação da Comissão de Integração Ensino e Serviço – CIES (ANDRADE; MEIRELLES; LANZONI, 2011). Coincidentemente, o CES/MG também deliberou sobre os mesmos temas e incluiu a formação dos Colegiados Regionais de Conselhos Municiais de Saúde de Minas Gerais, justificado pelo período de implementação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social.

Foram analisadas 46 deliberações municipais entre 2013 e 2017, sendo: dezde 2013, dozede 2014, nove de 2015, cinco de 2016 e dez de 2017. Não há nenhuma deliberação referente ao processo de capacitação dos conselheiros. Os 30 assuntos diferentes que foram deliberados nesses 5 anos estão descritos no Quadro 14.

Quadro 14 – Deliberações do CMS de Leopoldina.

Grupo	Assuntos das deliberações municipais	Anos				
		2013	2014	2015	2016	2017
Gestão	Aprovação do Relatório Anual de Gestão - RAG	x	x	x	x	x
	Aprovação Plano Municipal de Saúde (PMS)		x			
	Aprovação Programação Anual de Saúde (PAS)		x	x	x	
	Aprovação do Pacto pela Saúde	x	x	x		x
	Resposta ao prefeito sobre alteração de endereço de obra		x			
	Aprovação de critérios de habilitação e classificação de propostas para construção de Unidade Básica de Saúde		x			
Assistência	Aprovação de alteração da modalidade de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II para CAPS III		x			
	Aprovação da proposta de expansão dos serviços de Saúde Bucal na Atenção Primária		x			
	Aprovação do Projeto de Credenciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF			x		
	Aprovação da Relação Nacional de Medicamentos – RENAME			x		
	Aprovação do Plano de Ação Municipal para Promoção da Saúde				x	
	Aprovação da implantação de micronutrientes no município de Leopoldina (NUTRISUS)					x
	Aprovação da proposta da carteira municipal de serviços da APS					x
	Aprovação da alteração da modalidade de CAPS III para CAPS I					x
	Aprovação da proposta de implantação da Unidade Odontológica Móvel – UOM					x
Vigilância	Aprovação do Plano de Ação em Saúde do Trabalhador	x	x			
	Aprovação do Plano de Contingência Municipal para Enfrentamento da Dengue (acréscimo da Chicungunya em 2014 e da Zica em 2015)	x	x	x		x
	Adesão ao Programa Saúde na Escola		x			x
	Aprovação da adesão ao Projeto de fortalecimento da Vigilância em Saúde		x		x	
	Inclusão do Plano de Saúde do Trabalhador na PAS			x		
Controle Social	Eleição e posse dos membros da Diretoria Executiva e mandato de 2 anos dos membros	x				
	Aprovação da realização da 5ª Conferência Municipal de Saúde			x		
Investimento/Financiamento	Aprovação de valores da Tabela Unificada do SUS entre o município e a Casa de Caridade Leopoldinense	x				
	Aprovação da tabela Diferenciada para cirurgias eletivas	x				
	Aprovação do pagamento dos profissionais da ESF com recurso do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB	x	x			
	Incentivo financeiro para assistência de média complexidade em Saúde Bucal – CEO	x				
	Aprovação do Plano de Investimento de Vigilância em Saúde			x		x
	Aprovação de pedido de recebimento de recurso mensal estadual para o CEO				x	
	Aprovação do Projeto de aplicação financeira do saldo remanescente da Farmácia Popular do Brasil para aquisição de medicamentos					x

Há cerca de cinco anos, o CMS de Leopoldina não oficializava as deliberações e os únicos documentos elaborados eram as atas das reuniões, assim, não existe outro documento que testemunhe os acontecimentos no período anterior a 2013.

Os tipos de assuntos deliberados foram consolidados em 5 grupos: gestão (16), assistência (10), investimento/financiamento (7), controle social (2). Conclui-se que o CMS de Leopoldina tem mais características homologatórias que deliberatórias devido à natureza dos assuntos aprovados oriundos, em sua grande maioria, da gestão, como: credenciamentos, aprovação de instrumentos de gestão, programas, projetos e financiamentos. Outro fator de caracterização homologatória é a ausência de proposições de políticas públicas, pois os assuntos de autoria do conselho são apenas administrativos e para aprovação de Conferência Municipal de Saúde.

Dentre as competências dos conselhos estipuladas pela Resolução 453/2012, as que determinam o caráter deliberatório são, principalmente: elaborar e aprovar propostas para operacionalizar as diretrizes das Conferências, nesse quesito, o conselho só aprovou a autorização para realizá-la; atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, não há deliberação nesse sentido; definir diretrizes para os planos de saúde, só há aprovação do instrumento elaborado pela Secretaria de Saúde; proposição de critérios de resolutividade, educação permanente para o controle social,educação para a saúde no SUS não foram mencionadas (BRASIL, 2012c).

Landerdhal e col (2010) relataram os seguintes assuntos deliberados em um CMS do Rio Grande do Sul: 40% aprovação de programas e projeto para reformas e aquisição de insumos para Unidades de Saúde, qualificação e criação de serviços, capacitação de trabalhadores; sobre fiscalização, foram deliberados assuntos referentes ao consórcio intermunicipal, vigilância sanitária, assistência, aterro sanitário;indicação de conselheiros; investimento, orçamento e prestação de contas; assuntos referentes ao conselho, inclusive capacitação de conselheiros; contratos, credenciamentos e convênios; instrumentos de gestão. Não havia deliberações propositivas dos conselheiros sobre políticas de saúde nem referente ao acompanhamento da implementação das deliberações.

A conclusão de sua análise foi a mesma do Conselho de Leopoldina, ou seja, a existência de um conselho burocrático que age, primordialmente, para formalizar as propostas da gestão e não para decidir e propor políticas de saúde, sinalizando que não existe, efetivamente, o controle social (LANDERDHAL E COL., 2010).

4.3.1.6 Recursos didáticos

Para Silva e col. (2012), os materiais didáticos são instrumentos potenciais para a aprendizagem por suas funções de informar, motivar, usar a criatividade, aprofundar e reconstruir os conhecimentos quando os professores conseguem imprimir significado ao conteúdo associando conhecimento e prática.Nicola e Paniz (2016) complementam que os alunos podem ser motivados e tornarem-se mais confiantes e interessados por aulas dinâmicas com utilização de diferentes recursos didáticos pelo professor, o que favorece a construção de conhecimentos mais complexos.

Os materiais didáticos dos cursos de 2010 e 2013 foram relatados nos planos de ação. No CES/MG não foram encontrados materiais didáticos ou apostilas referentes aos cursos e no CMS de Leopoldina foram encontradas 3 apostilas dos anos de 2009, 2010 e 2011. O Quadro 15 descreve os temas abordados nas apostilas.

Quadro 15 - Conteúdo das apostilas.

Ano	Descrição
2009	Apresentação; Deliberação CES/MG n.º 023/2005; Controle Social; Orçamento e financiamento público do SUS; Planejamento estratégico situacional; Gestão, planejamento e instrumentos de execução da política; Instâncias colegiadas; Considerações finais.
2010	Apresentação; Acompanhamento parcial dos TCG (2008-2011) de MG; Resoluções e leis: Resolução SES nº 637/1993 e Lei nº 11.107/2005; Modelos de materiais para o Colegiado Microrregional de Saúde (Regimento Interno do CMS, modelos de atas para o CMS, passo-a-passo para realizar as reuniões do CMS, Regimento Interno do Colegiado, termo de posse); Plano Diretor de Atenção Primária À Saúde; Roteiro para elaboração do PMS; Anexo Único.
2011	Apresentações Power Point: Participação microrregional na VII CES/MG; O que são políticas de saúde? Diretrizes para a 14ª CNS e VII CES/MG; PDR Macro Sudeste e Micro L/C, levantamento dos municípios que realizaram conferência; Propostas dos municípios para a CES/MG e CNS; Sistema de Planejamento -MG (PMDI); Programas, projetos e processos estaduais; Histórico das CES/MG. Proposta Orçamentária MG 2012; EC 29 (PLP 306/2008); Portaria 2025, de 24 de agosto de 2011; Portaria MS/GM 2488, de 21/10/11.

Nas entrevistas, foi questionada a opinião dos conselheiros sobre o material didático dos cursos, incluindo apostilas, recursos áudio-visuais, e temas abordados, conforme relatos subsequentes:

> *Ótimo, não tenho nada a reclamar. Aprendi muito. Eles fizeram pra nós até um livro do CES, legislação do SUS, tem tudo quanto é lei aqui. Então, todos os conselheiros quando entram no conselho, a gente dá um livrinho deste pra estudar* (E3).
>
> *Foi uma exposição dialogada, foi entregue um material, um livrinho sobre o SUS, que falava sobre toda a legislação do SUS, até um livro do CES com apoio também da secretaria. Então falava sobre a legislação, os instrumentos de planejamento e, a partir desse livrinho, eles montaram inúmeras apresentações. [...] Então, tiveram algumas apresentações de slides com conteúdo tentando mostrar definições do que era e as experiências do Conselho sobre a forma com que eles trabalhavam lá em BH, tentando mostrar um pouco a função dele lá e a gente tentando assimilar um pouco a nossa realidade aqui* (E4).
>
> *Eu acho excelente. O material didático, eles trazem tudo, trazem as leis novinhas, trazem a constituição quando tem alguma mudança, um acréscimo, algum complemento. Eles trazem tudo direitinho pra gente, tudo novo. Tudo atualizado e explica item por item do que atualizou. Acho muito interessante* (E5).
>
> *Na minha experiência como funcionário da SMS foi um bom material que veio pra mim que já tinha o costume. Mas para os conselheiros que eram novos e que vinham de representantes de bairros e de usuários, tinha uma linguagem difícil para eles. Olhando no geral, eu vejo assim* (E10).
>
> *Eles foram bem caprichosos com isso. Eles traziam material de BH, acessível e que dava bastante embasamento pra eles. Eu vou te dar até um exemplo, eram tão bem elaborados que algumas pessoas usavam os livrinhos dos conselheiros para prestar concurso e iam bem. Pra você ver que era uma coisa bem direcionada para os problemas de saúde do Estado, da Região e do município. Então, eles traziam esse material só que por muitos não terem capacidade, eles elaboravam, como se fosse um professor, numa linguagem mais acessível e estudavam com eles. Como vocês interpretam isso? Botavam num nível mais acessível para, no município, as pessoas entenderem o papel de cada um de acordo com o seu nível municipal, estadual ou regional, para eles poderem assimilarem e poderem participar e começar a mudar a engrenagem* (E11).
>
> *Quanto ao material didático, bom, qualidade boa, material bem completo. Só que é difícil colocá-los na prática, bem difícil. Os temas eram pertinente* (E13).
>
> *Foi ótimo o material (livros, guia). A única coisa que sinto é não poder participar mais por causa do serviço. Foram explicadas as leis, tem livro que é pra continuar em casa, mas a gente não lê. O material é bom e as apresentações são excelentes. Os temas foram relevantes. Foi tudo bom no papel porque a realidade é outra. O jeito que acontece na SMS não é como o conselho quer. Infelizmente, no papel é tudo bonitinho* (E17).

De uma forma geral, os conselheiros consideraram o material didático bom (72,22%) ou ótimo (22,22%) e um conselheiro não opinou claramente (5,55%). Dentre os depoimentos, observa-se que alguns conselheiros criticaram a linguagem do material didático, chegando a considerá-la inacessível para o público a que foi destinado (E10, E11). O relato de Alencar (2012) vai ao encontro desse resultado por evidenciar que os cursos com metodologia

tradicional e seus referenciais teóricos, por se tratar de um público heterogêneo, podem não ser bem compreendidos por todos os segmentos. Finalmente, a autora expõe o desafio de configurar cursos para esse tipo de público para expor conhecimentos técnicos com linguagem acessível.

Assim como Alencar (2012), Guizardi (2015) também relatou em seu estudo dificuldades relacionadas ao emprego de linguagem especializada como um dos problemas ainda não superados pelos Conselhos.

Zambon e Ogata (2013) também inferem que para que os conselheiros possam exercer plenamente suas funções, é necessário que superem o desafio de compreensão dos princípios constitucionais.

Considerando esse respaldo dos autores supracitados, aparentemente, é o que visualiza-se nas apostilas dos cursos estudados, pois as disposições legais, muitas vezes, têm um linguajar mais apurado e de difícil compreensão. Pelos relatos, o CES/MG soube contornar esse ponto dificultador nas explanações (E4, E5, E11).

> Talvez a questão não seja a oferta ou qualidade da formação disponibilizada, mas a premissa de que um processo educativo, muitas vezes conformado em consonância com a tradição pedagógica e os saberes hegemônicos, pode solucionar o problema do aprendizado ético e democrático que nos falta (GUIZARDI, 2015, P. 5).

Zambon e Ogata (2013) respondem a essa questão de forma divergente enfatizando a importância do conhecimento técnico devido à sua permeabilidade de produzir um discurso competente, embasado legalmente, que sobrepõe ao poder político. Assim sendo, sem capacitações, alguns segmentos ficam à mercê de outros na tomada de decisão e correm o risco de serem manipulados.

E12 e E17 consideraram a dificuldade de colocar em prática as legislações e os ensinamentos dos cursos. Os resultados dos estudos de Guizardi (2015) e Silva, Silva e Souza (2013) convergem com este discurso ao indicarem grande distância entre a prática e a legislação do SUS.

4.3.2 OS CURSOS OFERECIDOS PELO CES/MG SEGUEM OS PRECEITOS DA EPS?

Neste item, pretende-se responder ao objetivo: avaliar se as estratégias adotadas pelo CES/MG para qualificar conselheiros seguem os preceitos educação permanente como

estratégia problematizadora. Para atingir esse propósito, foram utilizados como fontes de dados documentos e entrevistas.

Durante as entrevistas, foi questionado aos conselheiros se houve discussão prévia no Conselho Municipal para levantar as demandas para capacitação do grupo, se houve momento de discussão da realidade local, se os cursos contribuíram para atuação na prática e como eles conseguiram aplicar na prática os conhecimentos adquiridos nos cursos. Essas questões estão relacionadas aos preceitos da EPS, uma vez que demonstram a integração entre ensino e prática e colocam os conselheiros como protagonistas do seu aprendizado.

Arruda e col. (2008, p. 519) alegam que a EPS presume como resultado a aprendizagem significativa, ou seja, tem que fazer sentido para o aprendiz e partir da problematização dos processos de trabalho. Seu objetivo principal é transformar as práticas da organização do trabalho. Sendo que enquadram-se nas transformações a "democratização institucional, desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações".

> [...] problematizar, na perspectiva freireana, é exercer análise crítica sobre a realidade das relações entre o ser humano e o mundo, o que requer os sujeitos se voltarem, dialogicamente, para a realidade mediatizadora, a fim de transformá-la, o que só é possível por meio do diálogo, 'desvelador da realidade' (MENEZES; SANTIAGO, 2014, p. 51).

Consideram-se, para este estudo, como preceitos da EPS a origem problematizadora dos cursos de capacitação, a utilização de metodologias ativas para que haja aprendizado crítico e as implicações práticas desses cursos que proporciona retorno transformador da realidade. Para essas descobertas, foram dispostos os seguintes itens de investigação: demanda ou pacote de curso;metodologia ativa; retorno para a prática – transformação da realidade (contribuições dos cursos para melhoria da prática dos conselheiros de Leopoldina – segundo depoimentos e aplicação dos conhecimentos apreendidos no(s) curso(s) na prática de atuação enquanto conselheiro).

4.3.2.1 Demanda local ou pacote de curso?

Para analisar este item, necessita associar a análise documental descrita anteriormente às entrevistas para que possibilite a interpretação por todas as perspectivas. Na entrevista, foi perguntado aos conselheiros quanto à origem dos cursos de capacitação, ou seja, se partiram da demanda local ou se foram definidos pela instituição formadora.

Cinco conselheiros relataram em entrevistas que os temas dos cursos foram, previamente, debatidos em reuniões do conselho para verificar as demandas locais e todos informaram que foram registradas em atas essas discussões, conforme depoimentos abaixo. Entretanto, não há evidências nas atas sobre consultas às demandas. Como demonstrado anteriormente, há apenas informes sobre a oferta dos cursos.

> *Foi da demanda local [...] (Foi registrado em ata?) É.* (E1)
>
> *Eu estava olhando nos livros, eu acho que quando fundou o conselho, nós ficamos assim... o que a gente faz? Aí, o G ofereceu pra vir pra começar, pra mostrar pra gente como é que ia começar... Eu acho que foi o conselho que pediu porque a gente estava muito no ar. [...] Pode até ter em ata porque toda vida fez ata, então deve ter em ata. Tudo botava em ata* (E7).
>
> *A solicitação partiu da necessidade porque com a entrada de novas pessoas no conselho que não sabiam o papel do conselho perante o município, perante a atuação no Estado, então houve a necessidade de dar esse curso[...]Me parece que sim, que foi registrada em ata no CMS* (E8).
>
> *Foi uma solicitação do conselho por causa do Plano Municipal de Saúde e também da prestação de contas (RAG). O conselho tinha sido trocado e tinha que avaliar o plano e o RAG, então os conselheiros acharam melhor se capacitar antes, para poder votar essa questão. Na época o CMS tinha ata de todas as reuniões. Tudo o q era falado em reunião e o que era pedido pelos conselheiros era registrado em ata* (E10).
>
> *Sim (houve discussão para demandar o curso). Acho que tem registro. Vieram várias cidades* (E15).

Oito conselheiros afirmaram que os pacotes de cursos foram oferecidos pelo Conselho Estadual e que os conteúdos foram definidos por esta Instituição.

> *Veio do CES pra todas as regionais de saúde, regionais não, Regiões de Saúde, e a nossa região foi contemplada* (E4).
>
> *Eles não trazem um curso só não. Eles trazem diversos cursos dentro de um seminário* (E5).
>
> *Foram cursos oferecidos prontos pelo CES. Eu sei que, como foi oferecido, na época, muitos conselheiros não tinham nenhum conhecimento das legislações e nem do papel de cada um dentro do conselho. Então, todo mundo aceitou de bom grado participar dos cursos pra poder aprender.O conselho ofereceu e aí nos vimos a necessidade de participar porque ninguém tinha conhecimento de causa, ninguém tinha experiência como conselheiro* (E6).
>
> *As capacitações já vêm prontas porque elas não partem só do CES, mas do CNS* (E9).
>
> *Vinha pronto já. O CES que definia o tema que seria abordado* (E12).
>
> *Prontos* (E13).
>
> *Acho que veio pronto* (E14).

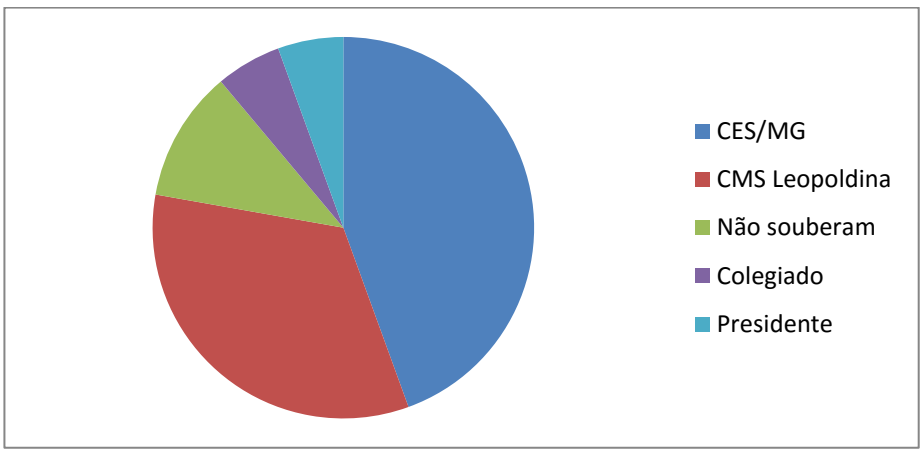
> *Eu acho que pediram aqui o curso e o conselho estadual que decidiu* (E16).

Dois conselheiros não souberam responder (E2, E17), um respondeu de forma confusa, mas no final não sabe de quem foi a iniciativa (E18), um respondeu que foi demandado pelo Colegiado de Conselhos Municipais de Saúde (E3) e um pela presidente do Conselho Municipal (E11).

> *Acredito que foi estruturado de acordo com as demandas dos municípios. Eu acredito que seja por conhecer, porque o CES tem um mapa de tudo. Eles sabem quais as necessidades de cada município e de acordo com essas necessidades que os cursos eram programados e montados pra gente ter o maior conhecimento e, consequentemente, é o conselho que aprova todas as coisas que acontecem na saúde. Então, para o melhor conhecimento nosso e também adequar as coisas de acordo com o padrão de cada município é que os cursos eram dados* (E18).
>
> *Foi do colegiado. Tem um colegiado aqui que até na GRS tem uma salinha lá. E tem um grupo dos 15 municípios, tem representatividade dos 15 municípios. Então, num foi do município, local de Leopoldina, foi do colegiado que nós vimos a necessidade dos conselheiros adquirirem conhecimento* (E3).
>
> *A A. do CMS foi muito atuante. Então ela via necessidade e entrava em contato com o CES, pedia a capacitação, apoiava eles no sentido de trazer a regional de saúde também tinha sua participação, apoiava a vinda deles. [...] Tem registro, mas se ainda existem esses livros de ata, eu não sei, mas que tudo era registrado em ata, era* (E11).

Pelos depoimentos, observam-se muitas divergências quanto à origem dos cursos, porém, necessita considerar o lapso temporal entre a ocorrência dos cursos e a realização das entrevistas. Todavia, 33,33% acreditam que partiu da demanda local, 44,44% acreditam que partiu do CES/MG, 11,11% não souberam responder, 5,55% acreditam que partiu do colegiado e 5,55% da Presidente do Conselho (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Origem dos cursos.



A partir da análise documental, pode-se verificar que não há registros de discussões sobre as necessidades de capacitação do CMS de Leopoldina nas suas atas e que os planos de ação do CES/MG, aparentemente, foram formulados uma única vez para serem empregados em várias ocasiões, com ajustes nos temas, conforme os anos de realização dos cursos, além de serem regionais e não municipais.

Pode-se intuir que os cursos oferecidos pelo CES/MG foram formatados para serem reproduzidos por todo o Estado, independente das demandas locais.

Merhy (2005) defende a metodologia problematizadora, porém acredita que a metodologia tradicional tem seu espaço para suprir as necessidades técnicas pontuais. Esse autor vai ao encontro da opinião de 27,77% de conselheiros que consideram que cada tipo de intervenção tem seu momento propício e seu valor, conforme a fala de E6 e E10, respectivamente:

> *Eu acho que é um somatório. Eu acho que é importante esse curso que eles oferecem, de pacote, que dá uma visão geral das legislações, mas nada impede que o próprio conselho, a partir do momento que tem conhecimento do papel dele, possa levantar outras necessidades e solicitar cursos já específicos para aquela área demandada.*
>
> *Eu acho que pode ser um primeiro curso explicando, trazendo aquilo que é o dever do conselho e as suas atribuições e os demais cursos através da demanda local, daquilo que o conselho achasse necessário discutir no município*.

Para Alencar (2012), é fundamental que os próprios conselhos tenham autonomia para planejar seus processos de capacitação com a definição dos temas e das informações necessárias ao seu desenvolvimento funcional e ressalta que a elaboração dos pacotes de cursos de capacitação sem considerar suas realidades e necessidades é frequente.

Miccas e Batista (2014) também defendem que as propostas de formação devem ser construídas de forma articulada intersetorialmente e a partir da problematização da realidade.

Foi também perguntado se os conselheiros entendem ser melhor para os Conselhos de Saúde que os cursos partam de demanda local ou que sejam oferecidos prontos definidos pela instituição formadora. O resultado obtido foi 61,11% entende que é melhor partir da demanda local, 11,11% entende que deve ser oferecido pronto e 27,77% considera que as duas formas são relevantes. Totalizam 88,88% (61,11% + 27,77%) dos conselheiros entrevistados que concordam com os autores supracitados, uma vez que entendem que o conselho tem que ter autonomia para definir suas necessidades.

4.3.2.2 Metodologia ativa

Como define Mitre et al. (2008, p. 2135), a autonomia é um "princípio teórico significativo" explicitado por Paulo Freire que fundamenta as metodologias ativas. A Educação Permanente em Saúde, por sua vez, é um processo problematizador que utiliza metodologias ativas pela associação de conhecimento e prática para reestruturar um novo conhecimento.

Os planos de ação e os materiais didáticos não especificam momentos de discussões ou qualquer modalidade que implique em metodologia ativa. Para complementar, foi perguntado aos entrevistados se houve momento de discussão entre os participantes dos cursos sobre a realidade local. O resultado obtido foi 83,33% responderam que sim, 11,11% responderam que não e 5,55% não responderam. Seguem as respostas de alguns conselheiros para a questão:

> *Teve uns slides, teve dinâmica também e falou sobre a situação de saúde, pontos positivos, pontos negativos, o que é necessário, o que não é, o que está precisando melhorar. Eu me lembro dessas falas, não detalhadamente, mas eu me lembro* (E2).
>
> *Em alguns momentos sim. Inclusive a questão dos agentes comunitários de saúde, sobre concursos ou processo seletivo. Então a gente discutia em cima das legislações, sobre isso também. E eram problemas que estavam acontecendo naquela época aqui em Leopoldina, que não teve concurso, trocou várias vezes de agentes. Eles traziam pra realidade também* (E6).
>
> *Tinham momentos de troca de experiência sim, de poder falar sobre as questões do município, pessoas que expunham algo que viam que estava acontecendo. Mesmo sendo um curso de matéria mais ou menos fechada, que era para a gente discutir sobre plano, tinham muitos momentos das pessoas exporem, discutirem entre nós e quem estava orientando o curso também guiava esses momentos* (E10).
>
> *O curso, como vinha programado, segue aquele padrão dele, do que veio pra ser ensinado, mas sempre há momento de discussão* (E18).
>
> *Não. Foi mesmo um curso de aprendizagem. Só mesmo sobre a legislação do SUS e instrumentos de planejamento[...]* (E4).
>
> *Tem parte expositiva de cada tema que a gente vai conversar, fora leitura na capacitação, no livro de capacitação* (E5).

Aqui também tem que considerar o lapso temporal, o que pode provocar divergências nas respostas. Entretanto, o percentual de entrevistados que afirmaram que houve momento de discussão nos cursos é significativo. Como também estão sendo avaliados muitos cursos, pode ser que nem todos tivessem esse momento, mas essa é uma limitação dessa análise que não possibita a confirmação.

Alencar (2012) reitera que, frequentemente, encontram-se metodologias e referenciais pedagógicos incompatíveis com o grupo receptor e expõe o desafio de formatar cursos que consigam adaptar a difusão do conhecimento técnico ao público-alvo, conforme sua capacidade de assimilação, principalmente em relação aos representantes dos usuários.

Melo e Sant'Ana (2013) descrevem as metodologias ativas a partir da posição que o aprendiz e o professor ocupam em relação à aprendizagem, sendo o aluno o protagonista da construção do seu conhecimento e o professor, o facilitador e orientador de todo o processo. Ressaltam também a importância da contextualização do aprendizado pregada por Berbel (1999) e o desenvolvimento da autonomia do aprendiz como o principal desafio da metodologia de Mitre (2008).

A relação entre teoria e prática é permanente e recíproca de forma a transformar a realidade. A aprendizagem significativa, proposta por Asubel, Novak e Hanesian em 1968, estabelece a reconstrução do conhecimento a partir de um processo personalizado conforme as características e meio de inserção de cada aluno, onde cada um avança de forma individualizada. A educação tradicional não permite esse tipo de desenvolvimento porquea relação aluno/professor é grande (SOUZA; SHIGUTI; RISSOLI, 2013).

Borges e Alencar (2014) sintetizam bem o que propõe a EPS e o que pretende-se verificar a partir dessa análise neste estudo.

> Podemos entender Metodologias Ativas como formas de desenvolver o processo do aprender que os professores utilizam na busca de conduzir a formação crítica de futuros profissionais nas mais diversas áreas. A utilização dessas metodologias pode favorecer a autonomia do educando, despertando a curiosidade, estimulando tomadas de decisões individuais e coletivas, advindos das atividades essenciais da prática social e em contextos do estudante. Dentre umas das Metodologias Ativas utilizadas está a problematização, que tem como objetivo instigar o estudante mediante problemas, pois assim ele tem a possibilidade de examinar, refletir, posicionar-se de forma crítica (BORGES E ALENCAR, 2014, P. 120).

Jorge e Ventura (2012) valorizam o debate entre os conselheiros como meio de promover o amadurecimento dos processos de capacitação que devem proporcionar a implementação e deliberação das demandas e culminam no aumento da credibilidade dos CMS. Beisiegel (2010, p. 36) refere-se a Freire como defensor do "ensino realizado através do diálogo, em atividades de grupo, com incentivo à participação e ao exercício da reflexão crítica".

Aparentemente, os cursos foram mistos, com associações entre aulas expositivas e grupos de discussões. As primeiras fundamentam-se pela metodologia tradicional, o que pode ser constatado na análise documental. Entende-se que em alguns cursos formaram-se grupos

de discussão sobre a realidade local, o que pode ser considerado exemplo de estratégia de aprendizagem significativa. Contudo, não é possível fazer essa avaliação sem a observação prática *in loco* ou a partir de um relatório do curso bem elaborado devido à necessidade de analisar a condução dos facilitadores durante o processo. Para Arruda (2015), as metodologias ativas e de conteúdo podem coexistir de forma complementar no processo de ensino-aprendizagem. Abrahão e Merhy (2014) especificam dois aspectos de ensinar/aprender na formação: o primeiro refere-se à evidência do aprendizado dos conteúdos científicos e o segundo à pedagogia problematizadora que reconstrói saberes e interrelações. Ou seja, para ambos, não há priorização nem exclusão de metodologias, o que há é a complementariedade entre elas que devem ser usadas em momentos oportunos.

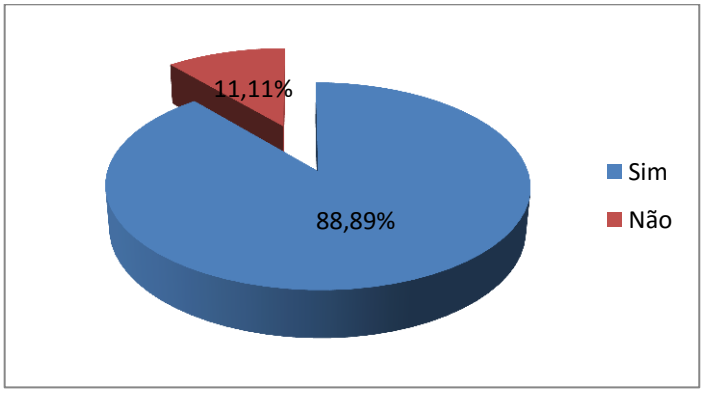
4.3.2.3 Retorno para a prática – transformação da realidade

4.3.2.3.1 Contribuições dos cursos para melhoria da prática dos conselheiros de Leopoldina – segundo depoimentos

Esta análise busca responder ao objetivo específico relacionado ao entendimento dos conselheiros sobre a melhoria na prática de atuação obtida com cursos de qualificação oferecidos pelo CES/MG. O intuito é verificar se os cursos repercutiram de forma transformadora da realidade do Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina. A fonte de dados foi entrevista submetida à análise de conteúdo de Bardin.

Dos 18 conselheiros entrevistados, 2 (11,11%) consideraram que os cursos não contribuíram para melhoria da prática de atuação no Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina e 16 (88,89%) observaram contribuição.

Gráfico 5 - Contribuição dos cursos para melhoria da prática de atuação no Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina.



Codificaram-se 27 unidades de registro definidas nos discursos com baixas freqüências (Quadro 16).

Quadro 16 - Unidades de registro sobre melhoria da prática dos conselheiros.

Unidades de registro	Palavra-chave	Quantidade	Frequência
Entender o que é o conselho	Entender	1	3,20%
Agir de forma legal	Legalidade	1	3,20%
Conhecer o que está prejudicado na saúde	Problemas na saúde	1	3,20%
Tirar as dúvidas dos conselheiros	Sanar dúvidas	1	3,20%
É um aprendizado	Aprender	2	7,40%
Trazer para o município muita coisa boa	Agregar	1	3,20%
Avaliar relatório de gestão	Avaliar Instrumentos de gestão	1	3,20%
Avaliar plano de saúde		1	3,20%
Avaliar prestação de contas		1	3,20%
Olhar diferenciado sobre planejamento e prestação de contas	Planejamento	1	3,20%
Ajudar a resolver os problemas.	Solução de problemas	1	3,20%
Cadastramento no mutirão de cirurgia	Cadastramento	1	3,20%
Visitas aos pontos de atenção	Visitas	1	3,20%
Aconselhamento	Aconselhamento	1	3,20%
Visão melhor do que pode ser mudado	Diagnóstico	1	3,20%
Questionar sobre alocação de recurso	Financeiro	1	3,20%
Descumprimento de obrigação pelo estado	Ilegalidade	1	3,20%
Reconhecimento como ente cobrador, fiscalizador.	Fiscalizador	1	3,20%
Cobrar		1	3,20%
Ver se estava funcionando direitinho.	Funcionamento	1	3,20%
Trocar ideia sobre os projetos, as necessidades e prioridades	Discutir	1	3,20%
Colocar em prática as novidades	Prática	1	3,20%
Dar sugestões	Sugerir	1	3,20%
Ouvir as demandas dos trabalhadores	Demandas	1	3,20%
Procurava resposta para as dúvidas	Tirar dúvidas	1	3,20%
Buscar o melhor para a população	Saúde com qualidade	1	3,20%
Total		27	100%

As unidades foram agrupadas nas seguintes subcategorias temáticas (Quadro 17): elaboração de diagnóstico de saúde (22,22%), discussão de soluções para melhoria da saúde (18,51%), planejamento e avaliação dos instrumentos de gestão (14,81%), aprendizado sobre atuação do conselho (14,81%), proatividade para sanar dúvidas (11,11%), capacidade para inovação (7,40%), fiscalização (7,40%), cadastramento no mutirão de cirurgia (3,70%).

Quadro 17 - Subcategorias temáticas sobre melhoria da prática dos conselheiros.

Unidades de registro	Subcategorias	Quantidade	Frequência
Entender o que é o conselho É um aprendizado Agir de forma legal	Aprendizado sobre atuação do conselho	4	14,81%
Trazer para o município muita coisa boa Colocar em prática as novidades	Capacidade para inovação	2	7,40%
Conhecer o que está prejudicado na saúde	Fazer diagnóstico da	6	22,22%

Visitas aos pontos de atenção Visão melhor do que pode ser mudado Descumprimento de obrigação pelo estado Ver se estava funcionando direitinho. Ouvir as demandas dos trabalhadores	saúde		
Tirar as dúvidas dos conselheiros Questionar sobre alocação de recurso Procurava resposta para as dúvidas	Proatividade para sanar dúvidas	3	11,11%
Ajudar a resolver os problemas Aconselhamento Trocar ideia sobre os projetos, as necessidades e prioridades Dar sugestões Buscar o melhor para a população	Discutir soluções para melhoria da saúde	5	18,51%
Cadastramento no mutirão de cirurgia	Cadastramento no mutirão de cirurgia	1	3,70%
Reconhecimento como ente cobrador, fiscalizador. Cobrar	Fiscalização	2	7,40%
Avaliar relatório de gestão Avaliar plano de saúde Avaliar prestação de contas Olhar diferenciado sobre planejamento e prestação de contas	Planejar e Avaliar instrumentos de gestão	4	14,81%
Total	8	27	100,00%

As subcategorias foram agrupadas conforme o tema para formarem as categorias finais (Quadro 18).

Quadro 18 - Categorias temáticas sobre melhoria da prática dos conselheiros.

Subcategorias	Categorias	Quantidade	Frequência
Aprendizado sobre atuação do conselho	Aprendizado legal	7	25,92%
Proatividade para sanar dúvidas			
Fazer diagnóstico da saúde	Aplicação do ciclo PDCA	17	62,96%
Capacidade para inovação			
Discutir soluções para melhoria da saúde			
Planejar e Avaliar instrumentos de gestão			
Fiscalização	Fiscalização	2	7,40%
Cadastramento no mutirão de cirurgia	Cadastramento no mutirão de cirurgia	1	3,70%
Total	4	27	100,00%

No agrupamento final formaram-se4 categorias temáticas (Quadro 18): aplicação do ciclo PDCA (Plan/Do/Check/Act), também chamado de gestão da qualidade, com 62,96%, aprendizado legal sobre controle social com 25,92%, fiscalização com 7,40% e cadastramento no mutirão de cirurgia com 3,70%.

A formação da categoria temática aplicação do ciclo PDCA incluiu as seguintes subcategorias: elaboração de diagnóstico de saúde, capacidade para inovação, discussão de soluções para melhoria da saúde e planejamento e avaliação dos instrumentos de gestão. Segundo Cardoso (2010), o “P” (*Plan*) engloba atividades de identificação, observação e

análise do problema e elaboração do plano de ação, identificadas nas subcategorias elaboração do diagnóstico de saúde e planejamento dos instrumentos de gestão; o "D" (*Do*) significa execução que, nas entrevistas, foi relatado como colocar em prática as novidades e essa unidade encontra-se dentro da subcategoria intitulada capacidade de inovação; o "C" (*Check*) envolve a verificação da efetividade da ação, evidenciado na subcategoria de avaliação dos instrumentos de gestão; e, finalmente, o "A" (*Act*) representa a correção das falhas, representado pela subcategoria discussão de soluções para a melhoria da saúde.

O Ciclo PDCA, também conhecido como o ciclo de Shewhart e o ciclo de Deming, é empregado em organizações a fim de obter melhoria e/ou mudança a partir da empregabilidade de um processo contínuo de planejamento (JOHNSON, 2002). Na saúde, o planejamento está inserido em todo o processo, conhecido como Gestão do SUS. Considera-se a visão de diversos atores em planejamento e métodos de avaliação participativa. Para que haja aperfeiçoamento da gestão, além da avaliação, deve-se integrar ações de monitoramento periódico por meio do acompanhamento regular dos indicadores e metas que expressam os objetivos e diretrizes dispostos no planejamento. Já a avaliação envolve a apreciação do resultado obtido em todo o período.

A gestão da qualidade é um processo que envolve a contextualização da situação de saúde e seu propósito é agir sobre a causa para a solução de problemas. Ao formar essa categoria, observa-se que os conselheiros em questão descreveram um ganho fundamental para a melhoria contínua da qualidade da gestão (CARDOSO, 2010).

Associando-se a primeira categoria ao aprendizado da legislação que envolve o controle social, segunda categoria mais freqüente com 25,92%, sugere-se que, a partir dos ganhos com os cursos, o conselho poderá munir-se com as ferramentas necessárias para obtenção de êxito, ou seja, aprendizado contextualizado para melhorar sua atuação na gestão. Segundo Freire (2016b), a relação ensino-aprendizagem é uma prática transformadora crítica, ética e contextualizada e que permite a troca de conhecimentos entre os indivíduos envolvidos. Esse trecho exemplifica claramente a interrelação entre aprendizado e a subcategoria discussão de soluções para melhoria da saúde, representante do *Act* do ciclo PDCA.

Conforme relatado pelos participantes, houve, a partir dos cursos, um aprimoramento no desempenho da ação intrínseca do conselho de saúde, a fiscalização (7,40%). Em contrapartida, Figueiredo e Santos (2013) apontam para a dificuldade de avaliar se a gestão atende às necessidades sociais, uma vez que faltam instrumentos de fiscalização.

Quanto à categoria relacionada ao cadastramento no mutirão de cirurgia (3,70%), o entrevistado visualizou apenas este caso isolado em que obteve respaldo para enfrentar uma dificuldade graças ao curso realizado.

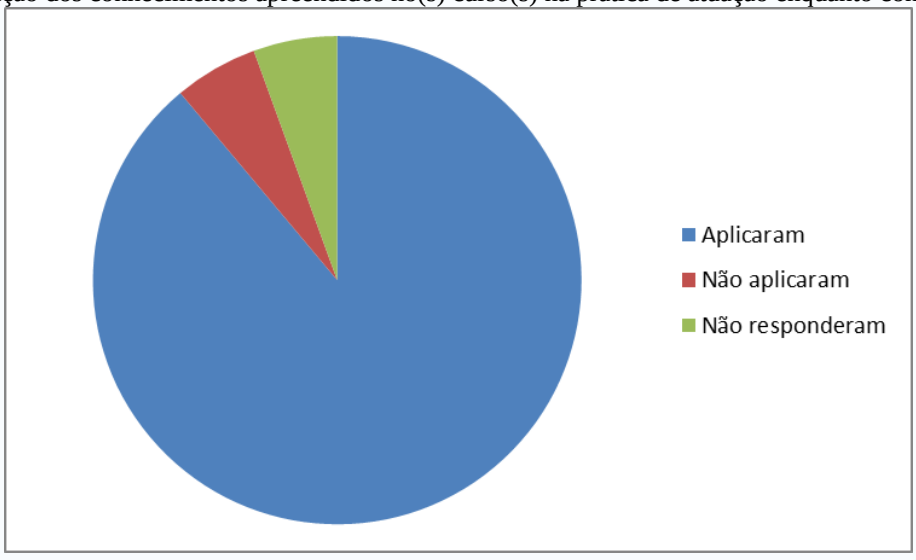
Não é unânime a obtenção de benefícios com os cursos de capacitação oferecidos ao conselho municipal de saúde deste município. Todavia, os resultados são relevantes, uma vez que três das categorias temáticas finais revelaram a essência do controle social.

4.3.2.3.2 Aplicação dos conhecimentos apreendidos no(s) curso(s) na prática de atuação enquanto conselheiro.

Para complementar a análise anterior, foi questionado aos conselheiros se os conhecimentos apreendidos nos cursos foram aplicados na prática e como conseguiram aplicar.

Dentre os 18 conselheiros entrevistados, 16 (88,88%) conseguiram aplicar os conhecimentos adquiridos nos cursos na sua prática, um (5,55%) não aplicou e um (5,55%) não respondeu (Gráfico 5). Ressalta-se que um participante não soube relatar, apesar de considerar que conseguiu aplicar os conhecimentos.

Gráfico 6 - Aplicação dos conhecimentos apreendidos no(s) curso(s) na prática de atuação enquanto conselheiro.



Para responder à questão: como conseguiram aplicar os conhecimentos apreendidos no(s) curso(s) na prática de atuação enquanto conselheiros, foi feita novamente a análise de Bardin. As entrevistas foram codificadas em 16 unidades de registro com baixa freuqência, conforme demonstra o Quadro 19.

Quadro 19 - Unidades de registro sobre aplicação prática dos conhecimentos.

Unidades de registro	Palavras-chave	Quantidade	Frequência
Explica dúvidas	Explicar	1	6,25%
Busca de respostas para dúvidas	Tirar dúvidas	1	6,25%
Aconselhamento	Aconselhamento	1	6,25%
Sugestões	Sugestões	1	6,25%
Agir legal	Legalidade	1	6,25%
Avaliação de instrumentos de gestão	Avaliar	1	6,25%
Olhar diferenciado para as avaliações		1	6,25%
Avaliar prestação de contas		1	6,25%
Resolver problema	Sanar problema	1	6,25%
Visitas aos pontos de atenção	Visitas	1	6,25%
Alocação de recursos	Recursos	1	6,25%
Discutir necessidades e prioridades	Mnecessidades	1	6,25%
Cobrança	Cobrança	2	12,50%
Ver obrigação do Estado	Responsabilidade do estado	1	6,25%
Praticar novidades	Empreender	1	6,25%
Total		16	100,00%

Ao confrontar esses dados com os da análise anterior, onde apenas 2 conselheiros entrevistados consideraram que os cursos não contribuíram para melhoria da prática de atuação no Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina, ficam incoerentes as respostas, pois se contribuíram, subentende-se que foram aplicados na prática, uma vez que são informações complementares.

Três conselheiros não relataram como os conhecimentos apreendidos nos cursos foram aplicados na prática e 2 relataram casos isolados em que aplicaram, sendo que um desses, E8, alegou que os cursos não contribuíram para sua atuação. Neste caso, ele conseguiu visualizar um caso isolado em que obteve respaldo graças ao curso, todavia, não pode haver generalizações e, de certa forma, os cursos não foram úteis para este conselheiro.

> Contribuição: *Pra minha atuação pessoal, não contribuiu porque são coisas que eu já vivia. Sendo que eu já tenho 18 anos de conselheiro. Mas serviu pra mostrar aos outros que estão iniciando nessa jornada, a responsabilidade que nós temos. Não é simplesmente um faz de conta. Então, tanto eu participei, não por necessidade pessoal, participei para fortalecer a presença do Conselho Municipal com os outros entes do conselho* (E8).
>
> Aplicação prática: *Gozado! Realmente sim. Porque no caso do mutirão de cirurgia, como eu sou da condição de prestador, alguns detalhes ficaram bem expostos lá que a participação do conselho é de vital importância pelo cadastramento de usuários, sobre a sua localização, sobre a sua regionalização pra sair de um lugar pra outro, sobre quais são os aspectos de necessidade... Então foi muito válido sim* (E8).

E15 foi mais coerente e relatou que o curso não contribuiu para sua atuação e que não aplicou nenhum conhecimento apreendido na sua prática, o que revela que os cursos em que participou não foram úteis para sua atuação enquanto conselheiro. Cabe ressaltar que E15

participou de dois cursos no ano de 2011 e que não visualizou benefício em nenhum deles para sua função no Conselho.

O próximo passo foi a categorização temática inicial das unidades de registro (Quadro 20).

Quadro 20 - Subcategorias temáticas sobre aplicação prática dos conhecimentos.

Unidades de registro	Subcategorias	Quantidade	Frequência
Explica dúvidas Busca de respostas para dúvidas	Proatividade para sanar dúvidas	2	12,50%
Aconselhamento Sugestões	Proposições para a saúde	2	12,50%
Resolver problema	Resolver problema	1	6,25%
Agir legal Avaliação de instrumentos de gestão Olhar diferenciado para as avaliações Avaliar prestação de contas	Avaliar o sistema de saúde com legalidade	4	25,00%
Praticar novidades	Ser inovador	1	6,25%
Alocação de recursos Discutir necessidades e prioridades	Discutir a alocação responsável dos recursos financeiros	2	12,50%
Cobrança Ver obrigação do Estado Visitas aos pontos de atenção	Fiscalização	4	25,00%
Total	7	16	100,00%

Foram encontradas sete subcategorias: fiscalização (25,00%), avaliar o sistema de saúde com legalidade (25,00%),proatividade para sanar dúvidas (12,5%), proposições para a saúde (12,5%), discutir a alocação responsável dos recursos financeiros (12,50%), resolver problema (6,25%), ser inovador (6,25%).

Os resultados encontrados para aplicação dos conhecimentos apreendidos nos cursos na prática identificaram duas categorias (Quadro 21), sendo: funções típicas do Conselho de Saúde (75,00%) e habilidades pessoais (25,00%).

Quadro 21 - Categorias temáticas sobre aplicação prática dos conhecimentos.

Subcategorias	Categorias	Quantidade	Frequência
Proposições para a saúde	Funções típicas do Conselho de Saúde	12	75,00%
Avaliar o sistema com legalidade			
Discutir a alocação responsável dos recursos financeiros			
Fiscalização			
Proatividade para sanar dúvidas	Habillidades pessoais	4	25,00%
Resolver problema			
Ser inovador			
Total	2	16	100,00%

Entende-se que os conselheiros além de assimilarem as funções legalmente estabelecidas para o Conselho de Saúde, também conseguiram enumerar questões relacionadas às facilidades para driblar as dificuldades e dúvidas, resolver problemas e aplicar conhecimentos novos na sua atuação.

Saliba e col. (2009) consideram a elaboração e aprovação de instrumentos de gestão e avaliação da saúde como as funções mais importantes dos Conselhos. Após participarem do curso de capacitação, os conselheiros participantes do seu estudo relataram como funções diagnosticar e priorizar problemas, fiscalização, planejamento e avaliação, agir para resolver problemas, avaliar e fiscalizar o orçamento.

Côrtes, Michelotti e Santos (2009) dividem as funções dos conselhos de saúde em questões financeiras que envolvem tanto aprovações de instrumentos de gestão como orçamentárias; questões locais e particulares que inclui discussões sobre temas cotidianos assistenciais; organização dos serviços, como discussões acerca de propostas e projetos, convênios e serviços; funcionamento do conselho e controle social; fiscalização financeira, de serviços e da gestão pública; deliberação sobre políticas de saúde; instrumento formal de gestão; canal estatal com a sociedade; informativa/educativa;cartorial que envolve contratação, convênio e credenciamento.

Essas funções relatadas por ambos os estudos contemplam as colocadas em prática pelos conselheiros de Leopoldina após a participação nos cursos, tanto da categoria típica como das características adquiridas como habilidades pessoais.

A partir dessa análise, observa-se que os conselheiros em questão trabalham em sintonia e parceria com a secretaria de saúde com características deproatividade e dinâmicapara intervirem na gestão. As habilidades referidas foram resultado de capacitação dos conselheiros com aprendizado prático efetivo.

A associação dessas duas últimas análises demonstra que existe retorno para a prática obtido a partir dos cursos avaliados, salvo algumas exceções. Dessa forma, pode-se concluir que houve mudança na prática a partir da atuação de conselheiros que conhecem o seu papel. Todavia, não se pode concluir que houve transformação no Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina como um todo visto que a participação de conselheiros nos cursos é pequena.

Cabe ressaltar que os cursos que não ficam presos estritamente aos livros e normatizações e que partem para a prática têm benefício relevante para o desempenho das funções dos conselheiros de saúde. A aprendizagem da execução das ações e aplicação das legislações tornam a gestão viva e favorecem o processo de trabalho.

A segunda categoria refere-se ao ganho de habilidade e segurança para desenvolver a função de conselheiros (25,00%), incluindo: proatividade para sanar dúvidas e resolver problemas e capacidade inovadora.

Essas características são fundamentais para o exercício de todas as atividades laborais. Santos, Tavares Júnior e Leles (2013) destacam que para o sucesso da gestão participativa são imprescindíveis o comprometimento e a proatividadedos cidadãos e reiteram a importância do controle social nesse processo a partir do fortalecimento da democracia participativa.

A revisão sistemática da literatura de Valladares, Vasconcellos e Di Serio (2014) conceituaram capacidade de inovação como sendo habilidade para desenvolver novos produtos ou processos e apresentaram modelos relacionados, principalmente, à liderança.

Para Benedetti e Carvalho (2006, p. 1), “inovar implica em mudar, abandonar padrões,quebrar paradigmas e aceitar o novo”. Para transformar a instituição, os líderes colocam-se na função de promoção e compartilhamento do conhecimento, idéias e soluções para os problemas. Ainda segundo estes autores, além do conhecimento, é necessário criatividade.

Em suma, a capacidade de inovação proporciona a formação de líderes que são pessoas visionárias que contribuem para gerar mudanças institucionais, pois, além de influenciar o comportamento do grupo, proporcionam um ambiente de estímulo para a realização de experiências em busca de soluções criativas para cada situação específica.

4.4 **INVESTIGAÇÃO SOBRE A PERTINÊNCIA DO PRODUTO**

O produto está alicerçado nos depoimentos dos conselheiros, na constatação de baixa frequência dos conselheiros nos cursos presenciais e na irregularidade de oferta referidas no capítulo 4, subtítulo 4.3 - Cursos de formação oferecidos pelo CES/MG para o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina.

Para obter resultados que justifiquem a viabilidade e aplicabilidade do produto, foram consideradas para análise a opinião dos conselheiros entrevistados se os cursos de capacitação são necessários, estratégias para aumentar a participação dos conselheiros nos cursos, acesso à internet no celular, EAD e fóruns de discussão eletrônicos.

4.4.1 OS CURSOS SÃO NECESSÁRIOS?

Dentre os 18 conselheiros entrevistados, 100% consideram necessário capacitar o Conselho para o exercício das suas funções, porém, fazem algumas considerações de melhoramento.

> *"Sim, são necessários, mas eu acho que eles precisam ser um pouco mais abertos, adaptados às realidades locais. Acho que da forma como foi, só externando conhecimentos sobre definições, sobre legislações, é importante, até para que as pessoas tenham ideia onde elas estão se situando"* (E4).

> *"Eu acho que quem tem a oferecer o curso em reuniões do conselho e propor a eles, assim: a gente tem a disponibilidade de ofertar os cursos que vocês demandarem, então eu acho que isso eles têm interesse de aprender porque eles encontram muitas vezes dificuldade de estar avaliando, fiscalizando o uso dos recursos"* (E6).

> *"Bem, acredito eu, no meu pensamento, falando como profissional e também educador, que eles deveriam ser feitos talvez em situações menores, mais rotineiramente. Assim, todo mês ter informações [...] acho que essas circulares mensais, esses questionamentos seriam fáceis. É como se fosse um jornal, um informativo. Um informativo daria alguma diretriz às pessoas"* (E8).

> *"São de extrema importância. Eu acho que teria ser até mais vezes do que são ofertados. Como a gente sabe, o conselho vai trocando a cada 2 anos, então com a troca do conselho, como eu disse lá no início, tem pessoas que vêm representar os usuários e não têm tanto entendimento. Então, quanto mais capacitação, mais capacitadas as pessoas vão ficando para poder discutir ali, realmente, no conselho e não serem apenas objeto de manipulação"* (E10).

> *"[...]o conselho não sabe a força que tem porque quando capacita, capacita e nem todos têm disponibilidade para ir, participar e ver a força que o conselho tem. Porque se o conselho não aprova alguma coisa, o prefeito não pode dar sequência naquilo e tem conselheiro que acha que já vem pronto "vamos aprovar porque a gente não quer brigar com ninguém". Eles não sabem o papel deles"* (E13).

A capacitação de conselheiros possibilita a implementação das conquistas legais; expande a capacidade argumentativa nas decisões e, consequentemente, implica na capacidade deliberativa e intervenção na realidade; fortalece o processo de comunicação com a gestão (COTTA, CAZAL E RODRIGUES, 2009); fortalece o controle social; melhora a qualidade dos serviços e a vida dos cidadãos (COTTA E COL, 2010); favorece a execução das suas funções (SALIBA E COL, 2009); socializa informações; qualifica a tomada de decisão; aprimora, amplia e estimula a participação e potencializa a defesa pelos direitos na saúde (ALENCAR, 2012).

Informações e conhecimentos são os pré-requisitos principais para a atuação do controle social no processo de negociação (ALENCAR, 2012). O acesso a esses requisitos são possibilitados pelas capacitações.

Para Ouverney, Moreira e Ribeiro (2016), se os cursos forem isolados sem inserção em uma estratégia político-pedagógica realizada a partir da utilização das demandas como elemento formador com possibilidade de melhorias, o sucesso tende a ser apenas pontual. Segundo a percepção dos participantes de sua pesquisa, para haver mudança, os processos educativos precisam ser, necessariamente, permanentes.

4.4.2 ESTRATÉGIAS RECOMENDADAS PARA MELHORAR A PARTICIPAÇÃO EM CURSOS

Conforme analisado no subtítulo 4.3.1.1. – Os cursos, a freqüência de participação dos Conselheiros Municipais de Saúde de Leopoldina em cursos é baixa. Dessa forma, foram investigadas estratégias para aumentar a participação junto aos participantes desse estudo a partir da análise de Bardin (Quadro 22). Dentre os 18 conselheiros entrevistados, três (16,66%) não responderam.

Quadro 22 – Estratégias para aumentar a participação de conselheiros nos cursos.

Unidades de registro	Unidades de significação	Subcategorias	Categorias
Confraternização Música	Confraternização	Logística Quantidade: 6 Frequência: 23,07%	Organização do evento Quantidade: 19 Frequência: 73,07%
Local aprazível	Local		
Lanche Lanche ou janta Cafezinho	Lanche		
Envio de e-mail Ligar Ligar Por no grupo de whatsapp Convocação maciça	Convocação intensiva	Convocação Quantidade: 5 Frequência: 19,23%	
Horário bom, alternativo Tinha que ser mais tarde Ver horário e dia que todos possam se programar Horário Horário Horário	Agenda	Agenda Quantidade: 8 Frequência: 30,76%	
Prazo para as pessoas se organizarem Vai saber da reunião, já está em cima da hora	Prazo		
Curso mais prático	Curso prático	Tipo de curso Quantidade: 2 Frequência: 7,69%	Planejamento do curso Quantidade: 6 Frequência: 23,07%
Logo depois da reunião, marca uma palestra, um curso de meia hora, uma hora	Mini-cursos		

Que os conselheiros sejam escutados Ofertar cursos que demandarem Curso direcionado Perguntar a eles o que eles acham que é necessário	Levantar demandas	Demandas Quantidade: 4 Frequência: 15,38%	
Indica pessoas que não têm nada a ver	Indicação do representante	Representação comprometida Quantidade: 1 Frequência: 3,84%	Representação comprometida Quantidade: 1 Frequência: 3,84%
Total	Quantidade: 10	Quantidade: 6 Frequência: 100%	Quantidade: 3 Frequência: 100%

O Quadro 22 sintetiza a análise de Bardin realizada para verificar as estratégias propostas pelos conselheiros para aumentar a participação nos cursos, onde formaram-se três categorias, sendo: organização do evento (73,07%), planejamento do curso (23,07%) e representação comprometida (3,84%).

Quanto à categoria organização do evento (73,07%), a principal subcategoria encontrada foi relativa à agenda (30,76%), seguida pela logística (23,07%) e convocação (19,23%). Os depoimentos dos conselheiros demonstram com maior detalhe seus pontos de vista sobre as subcategorias, respectivamente:

> *"Difícil. Eu trabalhei 4 anos como conselheira, eu digo trabalhar, mas não é remunerado pelo trabalho que a gente presta. Mas o que me fez afastar dessa função é que como trabalho por conta própria, as vezes influenciava no meu horário de trabalho e tinha de deixar o trabalho pra ir as reuniões e ficava muito difícil. Mas é muito difícil, você tem que gostar, esse é um trabalho de amor, de doação. Então, você tem que olhar isso como se você estivesse fazendo um trabalho pra sua geração, pra sua família, porque o que você melhora pro seu município, você está melhorando pra você mesmo"* (E18).
>
> *"O povo gosta muito de lanche, aí eu falei que toda reunião de conselho teria que ter um lanche ou uma janta, que aí ia aparecer gente"* (E5).
>
> *"Mas é difícil deles participarem. Como participa? É um lanche que eu trago, eu passo e-mail, depois no dia da reunião eu ligo, agora nós temos o whatsapp, aí eu ponho no whatsapp"* (E3).

É necessária uma observação acerca da fala de E2 sobre a organização, uma vez que ele pensa em artifícios pouco convencionais para uma estratégia de atrair conselheiros para participarem de cursos de capacitação. Essa estratégia seria viável como abertura ou encerramento do evento, porém ele expõe como estratégia de substituição às formalidades que as reuniões e cursos exigem. Ressalta-se a seriedade do "trabalho" dos conselheiros enquanto participantes da gestão do Sistema de Saúde.

> *"Uma pequena confraternização, ter uma música, sei lá. Uma coisa que não fosse só uma reunião, uma coisa mais leve para poder... porque quem é leigo e quem não tem conhecimento num vai querer ficar sentado numa mesa de reunião ouvindo nada. Aí dessa forma tem outra coisa que puxa o interesse deles. Eu acho que deveria sim"* (E2).

Quanto à logística, os conselheiros relataram falta de local e lanche apropriados para as reuniões e cursos, da mesma forma, foram identificados problemas de estrutura física para o exercício do controle social nos estudos de Guizardi (2015), Zambon e Ogata (2013) e Alencar (2012).

Os conselheiros de Leopoldina também relataram dificuldades com horários para participação nos cursos e sugeriram revisão dos horários e prazos para que os conselheiros possam se organizar. Oliveira, Ianni e Dellari (2013) relataram atrasos e ausências nas reuniões do conselho, não em cursos, contudo, não registraram os motivos.

Em relação à categoria planejamento do curso (23,07%), as subcategorias que contribuíram para sua formação foram demandas (15,38%) e tipo de curso (7,69%). Os conselheiro relatam a importância deles serem ouvidos antes da elaboração dos cursos para que eles possam manifestar suas necessidades e eles acreditam que cursos curtos, palestras, por exemplo, após as reuniões possam ser mais efetivos que os longos. Por outro lado, um conselheiro relata a importância de cursos mais práticos em que elesaprendam a avaliar de forma mais objetiva, sem muita teoria.

> *"Então, se elas têm uma oportunidade numa capacitação reservada dessa, aprender a praticar uma avaliação sobre um plano de saúde, sobre um relatório de gestão, é extremamente importante porque isso vai facilitar na hora em que elas estiverem atuando, realmente, na função de conselheiro"* (E4).

No quesito planejamento do curso, os relatos foram em relação a cursos rápidos, práticos e a partir da demanda local. Os cursos curtos são preferidos para que o horário de trabalho e o dispêndio de tempo não sejam empecilhos e práticos para que os conselheiros entendam a dinâmica e aplicabilidade legal do SUS e de suas atribuições.

Santos (2009, p.110) reafirma e valida a lacuna citada pelos conselheiros sobre os cursos serem demandados pelos próprios conselheiros para intensificar sua participação. Seu estudo sobre a gestão participativa como meio de concretizar o SUS, além de definir e defender a participação popular na saúde, discursa sobre a relevância do ensino na construção do conhecimento emancipatório, baseado na teoria de Freire. Em sua análise, a educação é apontada como "uma fração do modo de vida dos grupos sociais que a criam e recriam, entre

tantas outras invenções de sua cultura, em sua sociedade". Nesse contexto, cada grupo social deve TR seu processo de ensino característico, conforme sua realidade, porém, a educação transmissiva na saúde coletiva ainda é preponderante, onde a construção do conhecimento não parte dos usuários.

A terceira categoria representação comprometida (3,84%) foi formada por uma única unidade de registro em que o conselheiro entende que para aumentar a participação dos conselheiros nos cursos tem as instituições com representatividade no Conselho precisam indicar representantes interessado em executar suas funções.

O Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina, de fato, enfrenta problemas com a representatividade como indicações de conselheiros que não se enquadram no propósito da Instituição, cooptação pelo poder público e falta de retorno às instituições.

Um processo eleitoral dos conselheiros bem arranjado configura-se como estratégia legitimadora da representação e sua associação com outros fatores pode ser essencial para promover a reforma do Estado (OLIVEIRA, IANNI E DALLARI, 2013). O conselheiro de Leopoldina concorda e expôs que a indicação de conselheiros interessados em exercer o controle social influencia na sua participação nas capacitações.

Guizard (2015) destaca que o aperfeiçoamento do controle social não representa estratégia eficaz para a escolha de conselheiros, uma vez que sugere intervenção na consequência e não na causa para solucionar o problema.

Assim, a eleição de conselheiros comprometidos com o controle social e com interesse em capacitar-se para exercício da função requer da Instituição análise prévia dos seus membros.

4.4.3ACESSO À INTERNET

Para ampliar o conhecimento sobre a utilização das TIC e orientar a transição da TV analógica para a digital, em 2013, por meio da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, o IBGE iniciou a coleta de dados na população acima de 10 anos de idade sobre o uso de telefonia móvel e acesso à internet no país. Os resultados apontaram que 69,3% dos domicílios têm acesso à internet no Brasil e é maior na Região Sudeste (76,7%); 92,6% dos domicílios têm celular e em 97,2% dos domicílios brasileiros com internet conectaram via celular e, entre os usuários de celular, 78,9% acessavam a internet pelo aparelho. A principal finalidade de acesso à internet constatada foi para enviar ou receber mensagens de texto, voz ou imagens por aplicativos diferentes de e-mail com cerca de 94,0% (IBGE, 2018).

E1, E2, E3, E4 não foram questionados sobre acesso à internet, porém, o CMS de Leopoldina tem um grupo de Whatsapp em que três deles ainda são conselheiros e participam. Dessa forma, considerou-se essa fonte para complementar essa informação.

Os demais conselheiros (14) foram questionados sobre o acesso. Obteve-se como resultado: 13 com acesso e 1 não respondeu. Quanto à internet no celular, 9 responderam que possuem e 5 não responderam.

Em suma, considerando as duas fontes de informação, 17 conselheiros possuem acesso à internet e 12 possuem celular com internet, sendo que não se pode deduzir que as ausências de respostas correspondem à negação.

> *"Agora, praticamente, quase todo mundo tem internet. Quem não tem internet em casa, tem internet no telefone. Praticamente, eu vou falar aqui que 90% das pessoas têm"* (E9).

O discurso de Fonseca (2013) confirma o depoimento de E9 ao informar que o Brasil tem, atualmente, 264,05 milhões de celulares, segundo a ANATEL, o que corresponde a mais de um celular por habitante. O autor relata as evoluções dos aparelhos, da conectividade e da internet que possibilitam sua utilização para a aprendizagem, como: troca de informações, compartilhamento de idéias e experiências, esclarecimento de dúvidas (FONSECA, 2013).

4.4.4 OPINIÃO SOBRE EAD E FÓRUNS DE DISCUSSÃO ELETRÔNICOS

De acordo com Brasil (2005, p. 5), a educação permanente para o controle social pode ser efetivada em diversos formatos, como: "encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de metodologias de educação à distância, bem como os demais processos participativos e fóruns de debates".

Dentre os 18 conselheiros entrevistados, 11 opinaram sobre a estratégia de EAD e fóruns de discussão como pode ser verificado no resumo do Quadro 23.

Quadro 23 – Opinião sobre importância de estratégias eletrônicas para capacitação.

Entrevistado	EAD	Fóruns de discussão
E6	Pode aproveitar muito o conteúdo	-
E7	Válido	Muito válido
E8	Unilateral	Muito boa
E9	Bom	Não é válido
E10	-	Pode contribuir muito
E11	Pode contribuir	Muito válido
E12	Válido	Funcional
E13	Válido	Válido
E14	-	Excelente
E17	-	Ajudaria muito
E18	-	Com certeza é válido

Em síntese, apenas um conselheiro (E9) não considera os fóruns de discussão como uma estratégia proveitosa e os demais conselheiros expressam opiniões positivas como expressos nas falas dos conselheiros a seguir:

> *"Eu creio que não porque quando você está falando com a pessoa presentemente, você vai ver a opinião verdadeira e quando você está no virtual, você vai sentir que pode ser alguma coisa escrita e isso não é bom. A opinião verdadeira é aquela que você faz de dentro pra fora, não aquela que você lê o que você está falando"* (E9).

Um conselheiro relatou sua experiência com fóruns de discussão e, de forma positiva, mostrou a facilidade que a ferramenta proporciona para troca de experiências:

> *"Eu participo do whatsapp e a gente tem fórum de discussão. Por exemplo, a Federasantosé um órgão que representa 381 hospitais filantrópicos de MG. Então, quando nós temos alguma situação local, nós colocamos nesse 'zap' e, automaticamente, você entra em discussão. Quem já teve fato igual, quem não tem, quem aconselha, quem recrimina... ele é, somente, focado dentro dessa área. Não sai dessa área. Eu também tenho dois sites pessoais que é o linkedin que eu entro no fórum de discussão, dou minha opinião, eu lanço a ideia também e fica mais fácil"* (E8).

Quanto aos cursos à distância, apenas um conselheiros expressa opinião negativa por definir o EAD como uma estratégia unilateral, sem interação, porém, ele desconsiderou recursos da plataforma como os fóruns de discussão intermediados pelo tutor, chats, blogs e os wikis que favorecem a construção coletiva. Barros exemplifica a EAD com várias modalidades, como: correspondência postal ou eletrônica, rádio, televisão, telefone, fax, computador, internet, etc. De fato, em algumas delas não há interação entre os alunos e entre eles e o tutor. Os demais consideram uma boa estratégia.

> *"O presencial tem a vantagem de fazer a discussão. Se você não sabe, você pergunta. Você sabe ou não sabe, você esclarece. [...] Apesar que a vídeo-aula no computador ou só no papel, ela fica uma coisa somente unilateral. É de quem sabe para quem não sabe. Então eu não gosto muito. Mas é melhor você ter alguma coisa assim que não ter nenhuma. Mas eu gosto mais da presencial"* (E8).

Culturalmente, o ensino presencial (tradicional) é mais aceitável que à distância (MORAN, 2009 E LÉVY, 2000 apud CAPELETTI, 2014). Porém, Assis e Silva (2013), ao discorrerem sobre Moodle e EAD, fazem uma consideração que rebate a opinião deste conselheiro ao reafirmar esta estratégia como educação permanente:

> Há na utilização dessas novas tecnologias a ruptura entre um paradigma mecanicista, em que o aluno é visto como um papel em branco e o professor como o detentor do saber, e uma visão focada em colaboração e cooperação entre os envolvidos no

> processo de aprendizagem, em grande parte proporcionado pelo uso das TICs (tecnologias da informação e comunicação) (ASSIS E SILVA, 2013, p. 2).

Barros (2010) expõe as formas de EAD em uma planilha adaptada de Moore e Kearsley (2007) (Figura 4). Conforme o período, o contexto e o desenvolvimento tecnológico, foram surgindo novas tecnologias que favoreceram o aperfeiçoamento das mídias. Atualmente, a tecnologia permite a interatividade entre alunos-tutores-materiais-instituição que desenvolvem a capacidade de aprender a aprender.

Figura 4 – Gerações midiáticas.

Geração	Década	Mídia e Características	Contexto
1ª	>1880	Ensino por correspondência.	Inicio dos serviços postais e expansão das redes ferroviárias
2ª	>1920	Ensino através de Rádio e televisão.	Consolidação do rádio e posterior surgimento da televisão.
3ª	>1960	Perspectiva sistêmica (Impresso, correspondência, rádio, TV, audiotapes, telefone).	Surgimento das universidades abertas.
4ª	>1980	Audio/videoconferência (teleconferência).	Era do satélite de comunicação.
5ª	>1990	Computador e Internet.	Surgimento da Internet.

Fonte: adaptado de Moore e Kearsley (2007).

Fonte: BARROS, 2010, p. 3

As barreiras do ensino à distância que precisam ser superadas para que os benefícios contribuam para o processo ensino-apredizagem.

> [...] existem diversas barreiras no processo de ensino aprendizagem à distância, dentre elas podemos citar: falta de motivação pessoal; avaliação demorada ou inadequada; falta de contato com o professor; despreparo técnico do aluno ou do professor; sensação de alienação e isolamento; conteúdo desorganizado e em formato inadequado; falta de suporte técnico. Em contrapartida, seus benefícios ultrapassam estas barreiras, fazendo com que seja possível existir cursos de boa qualidade, quando existe uma prática em busca do alcance destes como, por exemplo: possibilidade de usar diferentes formas de apresentação do mesmo material; possibilita a análise contínua do curso; pode aumentar as taxas de aprendizado; permite criar ambientes para aprendizagem no modo autodidata; provê recursos para inibir a sensação de isolamento ou alienação e permite o armazenamento das interações do aluno com o conteúdo (ISOTANI, 2009 apud BARROS, 2010, p. 7 e OLIVEIRA E SANTOS, 2013, p. 2).

Outros dois conselheiros fizeram observações interessantes que valem a pena destacar

porque diz respeito à postura do aluno frente à estratégia.

> *"Eu acho que se a pessoa tiver disciplina e dedicação, ela pode aproveitar muito o conteúdo, mas se ela não for muito disciplinada, ela acaba não tendo aquele compromisso de horário e dia pra fazer e acaba levando a coisa meio solta"* (E6).

> *"[...] o interesse tem que partir do outro lado. Então, se o conselheiro não quiser fazer, nada vai obrigar porque eles querem fazer parte do conselho mas não querem ter o compromisso de estudar"* (E13).

Esses depoimentos vão ao encontro do discurso de Amarilla (2011 apud CAPELETTI, 2014). O autor complementa que, além da disciplina, o curso à distância requer autonomia devido à falta de socialização presencial com outros alunos e com o professor e para superar as dificuldades no manuseio das ferramentas.

Moran (2012 apud QUEIROZ E COL, 2014, p. 5) também responsabilizam o aluno pela sua formação e ao professor cabe a intermediação, segundo eles, "a tendência é termos mais soluções para todas nossas necessidades. O que nunca pode faltar é a vontade e o gosto por aprender [...]".

Os cursos à distância, juntamente com as novas tecnologias, vieram para ficar e a procura por eles tende a ser cada vez maior (CAPELETTI, 2014). A fala de E9 ajuda a justificar a afirmativa anterior sob quatro aspectos vantajosos: liberdade, tempo, ônus, conforto.

> *"Você tem liberdade pra estudar mais, liberdade e tempo hábil também que te ajuda muito. Porque o curso presencial é mais oneroso porque você tem que participar daquilo ali, você perde um tempão. E, às vezes, eu estudava por dia uma faixa de 2 horas, 3 horas, descansava, me alimentava, voltava de novo* (E9).

> *[...] leva a ganhar tempo porque não precisa se deslocar [...]* (E18).

> *"É, porque as pessoas que estão no conselho, raramente se encontram pra poder discutir alguma coisa, até porque o tempo delas é limitado"* (E4).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as análises realizadas ao longo deste estudo buscou-se caracterizar o conselho estudado e o perfil dos conselheiros participantes e responder ao principal objetivo: Avaliar os cursos de qualificação oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais para o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina.

Para tanto, fez-se necessário responder, separadamente, cada objetivo específico e consolidar os resultados para ter uma visão ampla e ajuizar valor aos cursos sob os aspectos estrutural, metodológico e aplicabilidade prática.

O CMS de Leopoldina foi criado por lei municipal e possui um Regimento Interno, porém, é um conselho burocrático com pouca capacidade deliberativa e sua composição não é paritária o que pode ser evidenciado pela representatividade das instituições participantes. Algumas dessas instituições representam o segmento errado e outras não deveriam fazer parte do conselho. Além disso, alguns conselheiros também representam segmentos incorretos, contradizendo, algumas vezes, até o regimento interno.

A investigação sobre o conhecimento das suas funções foi necessária como base para ponderar os depoimentos sobre a avaliação dos cursos. Constatou-se que eles conhecem suas funções legais quanto ao planejamento, tomada de decisão, promoção da saúde.

A primeira observação quanto aos cursos foi a irregularidade de oferta, enquanto alguns mandatos de conselheiros tiveram muitas oportunidades, outros não tiveram nenhuma, o que pode evidenciar uma lacuna na capacitação, momentos em que os conselheiros ficaram sem respaldo do CES/MG. Pelo menos um curso em cada mandato é necessário para que os conselheiros se familiarizem com a legislação e suas atribuições e, principalmente, para tentar nivelar os conhecimentos e conferir boa participação e coerência às decisões.

A participação dos conselheiros nos cursos é pequena e observa-se que, em vários cursos, são os mesmos conselheiros capacitados. Há dois fatores indicativos da causa da ausência dos conselheiros nas capacitações: desinteresse ou incompatibilidade de horário. O que indica a necessidade de revisão na forma com que os cursos são estruturados e organizados a fim de atender às necessidades do público-alvo, além de sensibilizar os conselheiros quanto à importância da qualificação para sua atuação.

Frente à quantidade de cursos descrita e à quantidade de planos de ação e relatórios dos cursos encontrados no CES/MG, pode-se concluir sob dois aspectos: ou o CES/MG não tinha muito rigor nos planejamentos e relatórios ou não davam importância ao arquivo. De

qualquer forma, aparentemente, manter o registro das ações não é um ponto de grande preocupação do CES/MG, o que prejudica a aferição interna das suas próprias ações e o valor histórico dos documentos.

As aprovações dos cursos não foram deliberadas pelo CES/MG, pois encontraram-se apenas registros de repasses financeiros para ações educativas. Como esta é uma ação que deve estar descrita no Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais e confere repasse de recurso para o controle social, esta é uma pauta que necessita ser deliberada. Assim, verifica-se falha no processo decisório e deliberativo do CES/MG.

Os documentos analisados demonstram que os cursos oferecidos não surgiram a partir da demanda local. Nas atas do CMS de Leopoldina encontram-se apenas informes referentes aos cursos e os planos de ação são definidos unilateralmente. A maioria dos conselheiros relatou na entrevista que os cursos originaram do CES/MG e foram oferecidos no formato de treinamento, ou seja, caracteriza educação continuada. Mas há uma parcela de conselheiros que relatou a discussão prévia no conselho que não pode ser ignorada apesar de não ter evidências documentais.

Quanto ao uso de metodologias ativas, como foram avaliados muitos cursos, pode ser que alguns foram expositivos e outros mistos, com momentos dialogados. Esses grupos de discussão poderão ser considerados estratégias de aprendizagem significativa dependendo da forma com que foram conduzidos, o que não pôde ser avaliado nesta pesquisa. Para superar essa falha, sugere-se que os relatórios dos próximos cursos sejam mais detalhados e especifiquem a metodologia usada para que avaliações futuras dos cursos possam ser realizadas com mais precisão.

Para complementar a avaliação dos cursos, foram verificadas se suas implicações práticas proporcionaram retorno transformador da realidade. Para isso, foram utilizadas duas estratégias, a primeira é a verificação se houve contribuições dos cursos para melhoria da prática dos conselheiros de Leopoldina e a segunda é como eles aplicaram os conhecimentos apreendidos no(s) curso(s) na prática de atuação enquanto conselheiros. A maioria dos conselheiros considerou que os cursos contribuíram para prática e conseguiram aplicar os conhecimentos. Porém, para ter uma avaliação mais precisa desse aspecto, é preciso associar a análise documental à de conteúdo. A análise demonstrou insuficiência para transformar a realidade do Conselho como um todo devido à baixa frequência de conselheiros participantes dos cursos e à irregularidade de oferta. Todavia, demonstrou a obtenção de ganho nas capacidades individuais dos conselheiros que participaram dos cursos, uma vez que a grande maioria relatou conhecimento das suas funções, contribuição na atuação enquanto

conselheiros e soube aplicar na prática o aprendizado.

O conselho tem que se atentar para os efeitos colaterais do ganho de capacidade de desigual entre os membros que pode levar à setorização e à imposição dessa parcela qualificada, o que pode oprimir os demais e levá-los à categoria de massa de manobra. A influência dos conselheiros capacitados sobre os demais ocorre devido ao aumento da sua capacidade argumentativa. Assim, sugere-se, novamente, que os conselheiros sejam sensibilizados sobre a importância de sua função e a necessidade de capacitar todo o colegiado para agir legalmente e equilibrar a capacidade argumentativa, cuja finalidade é efetivar as discussões e prevenir a sobreposição de interesses. Somente dessa forma, as relações internas e externas serão redefinidas e refletidas ao ponto de serem transformadas.

Enfim, os cursos avaliados não seguem todos os requisitos utilizados neste estudo para se enquadrarem como estratégia de EPS, conforme recomendações da Política de Educação Permanente para o Controle Social. Contudo, apresentaram bons resultados práticos, o que não descarta a eficácia do uso da metodologia tradicional ou a associação de metodologias em momentos oportunos.

Pretende-se apresentar os resultados deste estudo, bem como o produto elaborado, para o CMS de Leopoldina com a intenção de alertar sobre as inconsistências e falhas verificadas e como forma de contribuir para sua formação.

6 **PRODUTO: e-SAÚDE, O CONSELHO ELETRÔNICO DE SAÚDE**

Para Negret (2009, apud NIEZER E COL, 2015), a identidade do mestrado profissional é determinada pela sua área temática e pela integração do rigor científico aos resultados transformadores da realidade estudada.

Dessa forma, o mestrado profissional é uma modalidade que relaciona a prática à academia, onde o tema, o objeto e o problema de estudo têm origem e fim no serviço. O produto pode ser considerado como a retribuição ao grupo participante da pesquisa com o intuito de contribuir para a melhoria da sua prática.

De acordo com Niezer e col (2015), os produtos educacionais devem ter praticidade, aplicabilidade e instrumentalizar o ensino. Esse caráter pedagógico integra teoria e prática, podendo ser: "alguma nova estratégia de ensino, uma nova metodologia de ensino para determinados conteúdos, um aplicativo, um ambiente virtual, um texto; enfim, um processo ou produto de natureza educacional [...]" (MOREIRA, NARDI, 2009 apud NIEZER E COL, 2015, p. 5).

O produto desenvolvido denomina-se e-Saúde, o Conselho Eletrônico de Saúde e consiste em um aplicativo de celular cujo objetivo é favorecer o intercâmbio de informações, conhecimentos e experiências entre os conselheiros de saúde, a princípio, do município de Leopoldina e da Região de Saúde Leopoldina/Cataguases e, futuramente, do Estado de Minas Gerais para discussão das políticas de saúde e aprendizado mútuo. Como trata-se de um instrumento de construção do conhecimento, é um ambiente de aprendizagem composto por sessões informativas, normativas, interativas e educativas.

A popularização dos dispositivos móveis dinamiza o aprendizado em qualquer lugar e hora e respeita o ritmo de cada usuário (QUEIROZ E COL, 2014). Os autores complementam com a abordagem de Almeida (2000) que essa é uma metodologia construtivista porque desenvolve habilidades ativas, autônomas e reflexivas. Esses benefícios fundamentam-se na pedagogia freireana, onde a construção do conhecimento é democrática, respeita o conhecimento dos usuários, valoriza o diálogo, a troca de experiências, sendo assim, ética.

As Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs) também chamadas de "novas tecnologias", nas últimas décadas, estão causando grande impacto social pela massificação das informações, o que causa mudanças cotidianas em todas as dimensões da vida (CAPELETTI, 2014; LOBO E MAIA, 2015).

TIC é um somatório de tecnologias integradas que proporcionam a reunião e disseminação de informações. O sentido de integrar envolve o agrupamento dos objetivos didáticos às mídias a fim de desenvolver novos aprendizados, o que difere de, simplesmente, usar as mídias junto com as atividades dos alunos. (MENDES, 2008).

Os celulares são um tipo Tecnologias da Informação e Comunicação Móveis e sem Fio (TIMS), ou seja, TICs móveis e sem fio. Esses aparelhos são acessíveis à população e seus aplicativos podem ser utilizados como recursos pedagógicos (BENTO E CAVALCANTE, 2013).

Essa evolução dos meios de comunicação contribuiu para a promoção da metodologia ativa de aprendizagem, uma vez que possibilitou a associação multissensorial, a interação e a experimentação. A conseqüência desse desenvolvimento foi o surgimento do m-learning (Mobile Learning) que propõe a aplicação das TIMS ao ensino (GARROSSINI E MARANHÃO, 2014).

Saccol, Schlemmer e Barbosa (2011, apud BENTO E CAVALVANTE, 2013) explicam que, a partir da consideração de que o conhecimento provém da construção conjunta entre professor/alunos, devem-se optar por tecnologias interativas interpessoais, como fóruns, chats e compartilhamento de arquivos.

> O acesso a conteúdos multimídia deixou de estar limitado a um computador pessoal (PC) e estendeu-se também às tecnologias móveis (telemóvel, PDA, Pocket PC, Tablet PC, Netbook), proporcionando um novo paradigma educacional, o mobile learning ou aprendizagem móvel, através de dispositivos móveis. O mobile learning, uma extensão do e-learning, tem vindo a desenvolver-se desde há alguns anos, resultando em vários projetos de investigação (MOURA, 2012, p. 50).

A tecnologia móvel está alterando a vida cotidiana nos aspectos sociais por afetar relações. Particularmente, os celulares estão tornando-se parte da modernidade mundial com seu potencial globalizador. “Estas potencialidades fazem dele uma ferramenta adequada para ser explorada em contextos educativos” (MOURA, 2012, p. 51).

Aplicativos, quando usados para fins educacionais, trabalham com ensino à distância (EAD) que, segundo Queiroz e col (2014) rompem barreiras de espaço e tempo na educação e aumenta significativamente o acesso ao ensino. Garrossini e Maranhão (2014) consideram essa uma nova perspectiva sobre o uso tecnológico e também relevam o ganho de tempo, além da vantagem motivacional, agregadora e de acessibilidade.

Este aplicativo foi idealizado a fim de atingir sete objetivos principais: usar TIMS para educação à distância dos conselheiros; utilizar um recurso popular em todas as faixas etárias;

favorecer o uso de metodologia ativa; viabilizar a troca de experiências entre conselheiros; motivar os conselheiros a entenderem o SUS; promover a discussão permanente entre os conselheiros; proporcionar um modo de acesso fácil, com dispêndio de tempo e horário de trocar conhecimentos adaptáveis à realidade de cada usuário.

6.1 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

Ao analisar as informações coletadas, verificou-se que os cursos presenciais têm seu espaço, todavia, não há grande participação, seja por indisponibilidade de tempo ou por incompatibilidade de horários. Dessa forma, optou-se por um ambiente de ensino-aprendizagem ancorado na Educação Permanente, que agregasse informações, diálogo e pessoas, independente de encontros presenciais e de horário ou prazo determinado para participação e que facilitasse o máximo possível o acesso em qualquer lugar.

A proposta é a associação de metodologias ativas de aprendizagem, basicamente, uma adaptação da roda de conversas para o ambiente virtual coma metodologia da problematização.

As rodas de conversas são utilizadas em diversas circunstâncias no cotidiano, onde as pessoas se reúnem para contar histórias. Porém, com o advento da tecnologia, as palavras faladas foram substituídas pelas escritas em mensagens de texto nos dispositivos móveis, foram incluídas as relações virtuais na sociedade. Em pesquisa, roda de conversa é uma forma de produzir dados e diálogos com mediação do pesquisador e interação dos pares para desencadear a discussão, a partilha de experiência e o desenvolvimento de reflexões. Sob a ótica das autoras, o participante associa discursos e memórias de outras pessoas às suas, onde o discurso narrativo da roda é uma construção coletiva (MOURA; LIMA, 2014).

A operacionalização das rodas de conversa é intermediada pela problematização de pontos cruciais na atuação do conselho de saúde a fim de empoderá-lo e torná-lo, efetivamente, uma instância de participação social com suas propriedades deliberativas.

Berbel (1998) explica a Metodologia da Problematização a partir do Arco de Maguerez (Figura 5), cujos pontos de partida e chegada são a realidade por meio da relação prática-teoria-prática. Esta é uma metodologia de ensino, estudo e trabalho cuja utilização deve ser oportuna e relacionar-se com a vida em sociedade. Seu desenvolvimento ocorre em cinco etapas. A primeira etapa é a observação da realidade para identificação de dificuldades, carências ou discrepâncias que transformar-se-ão em problemas. A segunda etapa é a dos pontos-chaves que permite a reflexão das causas do problema. Posteriormente, na terceira fase

chamada teorização, os alunos pesquisam sobre os pontos-chaves. Nesse momento, entram as ferramentas de estudo destinadas às aulas, palestras, vídeos, filmes, legislações, enfim, informações para serem analisadas e resolver o problema. A partir do embasamento teórico, segue a quarta etapa para a elaboração das hipóteses de solução do problema por meio da discussão sobre o tema para, finalmente, na quinta etapa aplicar à realidade, por meio execução ou encaminhamento das decisões tomadas. Esta etapa implica no compromisso do aluno na transformação do seu meio.

O Arco de Maguerez constitui a base para a aplicação da Metodologia da Problematização inspirada em Paulo Freire e foi escolhida para embasar este estudo devido à sua capacidade de estimular o desenvolvimento do conhecimento dos participantes. Essa potencialidade é proporcionada pelas suas características mobilizadoras de habilidades intelectuais (COLOMBO e BERBEL, 2007).

Figura 5 – Arco de Maguerez.

Fonte: BORDENAVE; PEREIRA (1989 APUD COLOMBO E BERBEL, 2007).

Dessa forma, optou-se pela inclusão de uma tecnologia digital pelo celular no Conselho de Saúde como a estratégia que poderá ter melhor alcance. Apesar da existência de um grupo de whatsapp dos conselheiros de Leopodina, esse desvia muito do foco educacional e envolve apenas informações, recados e mensagens avulsas sobre temas diversos dos necessários para a atuação do conselho, como é comum nesse tipo de tecnologia.

O aplicativo de celular e-Saúde é uma proposta inovadora para esse público e seu diferencial é que o conselheiro poderá tanto assistir aulas, vídeos, filmes, entrevistas, debates quanto lançar temas a serem discutidos com conselheiros locais ou de outros municípios. Assim, sua melhor implicação será o compartilhamento de ideias, notícias, experiências, problemas e sugestões, o que facilitará o envolvimento dos conselheiros com a saúde pública e tenderá a facilitar seu exercício.

Justifica-se a escolha do celular pelo fato de que, “dentre os dispositivos que podem

entregar/suportar o Mobile Learning, o telefone celular é sem dúvida o mais popular e acessível" (FONSECA, 2013, p. 266). O autor também justifica que o celular é apropriado para ensino devido à familiaridade das pessoas com o equipamento, a mobilidade e portabilidade que permitem o uso em qualquer lugar, a variedade de recursos e a conectividade.

Queiroz e col (2014) expõem as vantagens do uso de aplicativos na EAD como promover o ensino, construir e socializar o conhecimento devido à facilidade de acesso à informação proporcionada pelo uso de dispositivos móveis.

As ferramentas de EAD devem possuir multimídia e interatividade a fim de possibilitar a aprendizagem significativa, isto é, a assimilação de novos conceitos associa-se às experiências prévias do sujeito (TAROUCO E COL, 2004).

Jurberg, Oliveira e Oliveira (2014) estudaram a conveniência da implantação de capacitação virtual para conselheiros por meio de Comunidade de Prática e identificaram interesse do público nessa ferramenta para a democratização das discussões.

A partir dessa afirmação e da facilidade de acesso e praticidade dos dispositivos móveis, reitera-se que a associação dessas idéias possa ser o diferencial para expandir consideravelmente o acesso dos conselheiros a informações e possibilidade de discussão.

O aplicativo foi produzido no site Fábrica de Aplicativos com acesso gratuito e está disponível na PlayStore dos dispositivos Android e na loja IOS, gratuitamente, para acesso de todos os conselheiros municipais, estaduais ou nacionais pelo logotipo (Figura 6). A princípio, os Conselheiros Municipais de Saúde de Leopoldina serão convidados para baixar o aplicativo e explorá-lo como grupo piloto. Posteriormente, convites serão encaminhados para os Conselhos dos demais municípios da Região de Saúde Leopoldina/Cataguases, por intermédio do Colegiado CatLeo (Colegiado de Conselhos Municipais de Saúde da Região Leopoldina/Cataguases) e, pretende-se apresentar a proposta para o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais e Conselho Nacional de Saúde.

> *"Eu acho que se nesse aplicativo o conselheiro tivesse meios de buscar informações como alguma regulamentação, algo novo que o CES estivesse implantando e repassando direto naquele aplicativo, eu acho que essa interação ajuda muito hoje. Uma experiência que eu tive há pouco tempo no Ministério da Saúde na questão da dengue/zica. A campanha, eles estão sempre mandando mensagens, num é nem por aplicativo, é mensagem mesmo. Então, isso já funciona com o MS e eu acho que pode funcionar muito bem com o conselho [...]Uma vez que o celular está sempre ligado direto À pessoa, ela tendo alguma dúvida, alguma coisa que ela queira consultar, já está na palma da mão dela então isso vai resolver muito"* (E10).

> *"A troca de experiência nesses fóruns de discussões vão abrindo ideias pra poder ver qual é a melhor solução, qual é a mais viável pra gente poder amenizar esses problemas e solucionar o problema"* (E11).

> *"Eu acho que deve ser excelente ter essa agilidade porque a reunião é mensal e o grupo não pode falar diariamente. Às vezes as pessoas não podem ir na reunião e pelo grupo de whatsappvc consegue comunicação a hora que você pode você faz as discussões. É muito interessante"* (E14).

Figura 6 – Logotipo do aplicativo e-Saúde.

A descrição do aplicativo é "Este aplicativo destina-se à educação permanente dos conselheiros de saúde. Seu objetivo é auxiliar a prática, facilitar a comunicação e trocas de experiências, manter os conselheiros informados e incentivar ações de mobilização". Insere-se na categoria Notícias e Comunidades e subcategoria Educacional, acessado pelo link https://app.vc/conselho_eletronico_de_saude. A seguir, são demonstradas as imagens do aplicativo e as funcionalidades dos ícones.

A Figura 7 mostra a página inicial e a página de navegação do aplicativo e o Quadro 24 explica os ícones para acesso aos conteúdos e início das conversas.

Figura 7 – Páginainicial e de navegação do aplicativo.

Quadro 24 – Ícones usados no aplicativo.

Ícones interativos no aplicativo e nas demais mídias sociais	
Ícone	Descrição
	Legislação – este ícone direciona o usuário à Fanpage Brasil Saúde que está associada ao perfil do Facebook da pesquisadora. Optou-se pela Fanpage porque a visibilidade do Facebook será maior que no aplicativo, assim, poderá ampliar a acessibilidade para técnicos de saúde que também poderão contribuir nas discussões sobre a legislação. A Fanpage Brasil Saúde poderá facilitar a atualização dos conselheiros quanto à legislação e, por meio das discussões com técnicos na págnia, a linguagem da lei poderá ser esclarecida. A atualização e discussão na Fanpage poderá ser realizada por qualquer seguidor da página no Facebook, mas será administrada pela pesquisadora.
	Youtube +SUS – acesso direto ao canal de youtube Mais SUS, administrado pela pesquisadora, onde o usuário terá acesso a vídeo-aulas, filmes, apresentações, debates, vídeos sobre o SUS e seus principais temas. O Canal Mais SUS foi criado para facilitar o acesso dos usuários do aplicativo às capacitações e esclarecimentos sobre o funcionamento do SUS e as políticas de saúde. A atualização do Canal ficará a cargo da pesquisadora, uma vez que é sua administradora. Proporciona um acesso mais rápido aos vídeos disponíveis no youtube devido à seleção realizada na montagem do conteúdo do canal.
Rodas de conversa e problematização	
Ícone	Descrição
	Discutindo saúde – ícone para discussões sobre serviços de saúde, modelos de atenção, necessidades dos usuários e profissionais, tais como dificuldades da gestão para atender aos princípios do SUS.
	Como vamos fiscalizar? – roda de conversa em que os usuários discutirão formas de fiscalizar os serviços de saúde e as contas dos municípios. Local de exposição de idéias e sugestões de ações práticas e teóricas.

	Conferências de saúde – roda de conversa destinada à discussão sobre temas e propostas para as Conferências de Saúde, seja municipal, estadual ou nacional.
	Para que deliberar? – esse ícone também é uma roda de conversa com o objetivo de incentivar a discussão sobre as deliberações e estimular a iniciativa do conselho a propor políticas públicas e ações de seu interesse.
	Discutindo o planejamento – roda de conversa disponível para discutir o sistema de planejamento do SUS e para tirar dúvidas sobre o tema. Possibilita a discussão da prática de planejamento, controle e avaliação das políticas.
	O que é Conselho de Saúde? – espaço destinado à discussão do funcionamento, representações, conceitos de conselho de saúde. Enfim, local para que os conselheiros possam entender suas atribuições e o funcionamento do conselho.
	Mobilização social – ícone reservado para informações sobre ações de mobilização e compartilhamento de idéias.

A proposta de se criar um aplicativo para celulares acoberta várias lacunas descritas pelos conselheiros que dificultam sua capacitação, como: incompatibilidade de horário, tempo para se dedicar, discussões para trocas de experiências, material educativo de áudio-visual, atualização legal e em tempo oportuno, local apropriado para aprendizagem.

Este espaço, como estratégia moderna de educação permanente, possibilita a reflexão, o diálogo e a problematização. Entretanto, não houve tempo hábil para sua execução e avaliação, mas observa-se grande potencial na sua utilização para se tornar um poderoso instrumento de apoio à atuação dos conselhos a partir da participação efetiva dos seus membros.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v.18, n.49, p.313- 324, jun., 2014. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2014.v18n49/313-324/pt>. Acesso em: 12 mar.2018.

AITH, F. M. A. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. *Revista Direito Sanitário*, São Paulo, v.15, n.3, p. 85-90, nov. 2014/fev. 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/viewFile/97328/96340>. Acesso em: 28 abr.2016.

ALENCAR, H. H. R. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre – RS. *Saúde Soc*, v. 21, n 1, maio 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-12902012000500019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2017.

ANDRADE, S. R. A.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M. Educação Permanente em Saúde: atribuições e deliberações à luz da Política Nacional e do Pacto de Gestão. *O mundo da saúde*, São Paulo, v.35, n 4,p. 373-381, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/educacao_permanente_saude_atribuicoes_deliberaco_pacto_gestao.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2018.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e de políticas sociais no município de Piraí, RJ (2006). *Cien Saude Colet*, v. 18, n 7, p.2059-2068, jul. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/21.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

ANTUNES, C. Por que uma nova maneira de ensinar? In: _____. *Novas maneiras de ensinar, novas formas de aprender*. São Paulo: Artmed, 2002. 171p. cap. 1, p. 7-10.

_____. Por que uma nova maneira de aprender? In: _____. *Novas maneiras de ensinar, novas formas de aprender*. São Paulo: Artmed, 2002. 171p. cap. 2, p. 11-14.

_____. O que é possível saber sobre a aprendizagem. In: _____. *Novas maneiras de ensinar, novas formas de aprender*. São Paulo: Artmed, 2002. 171p. cap. 3, p. 15-32.

_____. Existem novas maneiras de aprender? In: _____. *Novas maneiras de ensinar, novas formas de aprender*. São Paulo: Artmed, 2002. 171p. cap. 4, p. 33-46.

ARAÚJO, M. A. D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil.*Rev Panam Salud Publica*, v. 27, n 3, p. 230–6, 2010. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n3/a11v27n3.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2018.

ARRUDA, M. P. A et al. Educação Permanente: Uma Estratégia Metodológica para os Professores da Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n 4, p. 518–524; 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a15 >.Acesso em: 9 fev.2018.

ARRUDA, H. P. B. Planejamento e plano de aula na educação: histórico e a prática de dois professores. *Educativa*, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 241-265, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://tede2.pucgoias.edu.br/index.php/educativa/article/view/4269/2457>. Acesso em: 12 mar. 2018.

ASSIS, A. W. A.; SILVA, L. C. O wiki como ferramenta colaborativa em EAD. UEADSL 2013. Disponível em: <www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/ueadsl/article/download/4828/4424>. Acesso em: 23 mar 2018.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação:um processo em construção. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 11, n 3, p. 376-82, maio-jun 2013. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlaen>. Acesso em: 27 out. 2017.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 1977. 225 p.

BARROS, M. A. Ferramentas interativas na Educação a Distância: benefícios alcançados a partir da sua utilização. In: V ENCONTRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DE ALAGOAS: PESQUISA EM EDUCAÇÃO: DESENVOLVIMENTO, ÉTICA E RESPONSABILIDADE SOCIAL. 2010. Anais. Disponível em: <http://dmd2.webfactional.com/media/anais/ferramentas-interativas-na-educacao-a-distancia-beneficios-alcancados-apartir-da-sua-utilizacao.pdf>. Acesso em: 26 mar 2018.

BATISTA, S. C. F.; BEHAR, P. A.; PASSERINO, L. M. Uso pedagógico de celulares: análise de estratégias pedagógicas. In: XVI ENDIPE - Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino - UNICAMP - Campinas – 2012. Disponível em: <http://www.infoteca.inf.br/endipe/smarty/templates/arquivos_template/upload_arquivos/acervo/docs/2570c.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2018.

BATISTA, S. C. F.; BARCELOS, G. T. Análise do uso do celular no contexto educacional. Revista Renole, v. 11, N 1, jul 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/renote/article/view/41696/26448>. Acesso em: 13 abr. 2018.

BEISIEGEL, C. de R. As bases teóricas do método Paulo Freire de alfabetização de adultos. In: _____*Paulo Freire*. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Ed. Massangana, 2010, 126 p.

BENEDETTI, M. H.; CARVALHO, V. A. C. A Dinâmica da Inovação: a influência dos comportamentos dos líderes sobre a capacidade de uma equipe em inovar. In: 30º Encontro da ANPAD, Salvador,2006.Anais do 30º Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (EnANPAD 2006).

BENTO, M. C. M. ; CAVALCANTE, R. S. C. Tecnologias Móveis em Educação: o uso do celular na sala de aula. *ECCOM*, v. 4, n. 7, jan./jun. 2013. Disponível em: <http://www.unifatea.edu.br/seer/index.php/eccom/article/viewFile/596/426>. Acesso em: 13 maio 2018.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface — Comunicação, Saúde, Educação, v.2, n.2, 1998. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/1998.v2n2/139-154>. Acesso em: 6 jun. 20018.

BIANCHI, P. C.; NICOLAU, S. M. Trajetórias de conselheiros de saúde: refletindo sobre cultura política e participação popular. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 53-66, 2017. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1330>. Acesso em: 13 mar. 2018.

BISPO JÚNIOR, J. P.; GERSCHMAN, S. Legitimidade da representação em instâncias de participação social: o caso do Conselho Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n 1, p.183-193, Jan 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2015.v31n1/183-193/>. Acesso em: 12 jan. 2018. https://doi.org/10.1590/0102-311X00086214

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. *Cairu em Revista*. Ano 03, n° 04, p. 1 19-143, Jul/Ago 2014. ISSN 22377719. Disponível em: <https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/napecco/Metodologias/Metodologias%20Ativas%20na%20Promocao%20da%20Formacao.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2018.

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

_____. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990a. Seção 1.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990b. Seção 1.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005, 21 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/diretrizesnacionais.doc>. Acesso em: 17 out. 2016.

_____. 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, 2006a. 20 p. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf>. Acesso em: 28. abr.2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Plenárias nacionais de conselhos de saúde*: resgate histórico do controle social no SUS. 2. ed.Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 256 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil) (Série Histórica do CNS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_plenaria.pdf>. Acesso em: 17 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF, 22 fev. 2006c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 17 out. 2016.

_____. Portaria GM/MS n.º 1.996, de20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, v. 144, n. 162, 20 ago2007a.*Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Seção 1, p.34-38.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf>. Acesso em: 7 jun 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

_____. O vereador e a fiscalização dos recursos públicos municipais / Presidência da República, Controladoria-Geral da União. Brasília: CGU, 2009b. 60p.

_____. Decreto n.º 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.*Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil***.**2011; 29 jun.

_____. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 232 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/img/14_cns%20relatorio_final.pdf>. Acesso em: 3. Out. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília: 12 dez. 2012b.

_____. Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012. Aprova as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 2012c; 10 maio.

_____. Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta 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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*,2012d; 16 jan.

_____. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. 178 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a. 28 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 178 p. :il.cap 4.

_____. Resolução 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016a - seção 1, páginas 44, 45, 46.

_____. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS. Fundação Oswaldo Cruz. 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016b. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf>. Acesso em: 9 abr. 2018.

CALDANA, A. C. F.; FIGUEIREDO, M. A. C. O Voluntariado em questão: a subjetividade permitida. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 28, n 3, p. 466-479,set. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000300003>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de Vida: um instrumento para promoção de saúde. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.32, n.2, p.232-240, maio/ago. 2008. Disponível em:<http://stoa.usp.br/lislaineaf/files/-1/19150/qualidade-vida-instrumento-promocao-saude%3E.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.

CAPELETTI, A. M. Ensino a distância: Desafios Encontrados por Alunos do Ensino Superior. *Revista Eletrônica Saberes da Educação*, v. 5, n 1, 2014. Disponível em: <http://docs.uninove.br/arte/fac/publicacoes_pdf/educacao/v5_n1_2014/Aldenice.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2018.

CARDOSO, A. T. et al. O ciclo PDCA para a melhoria da qualidade dos serviços de consulta em uma unidade de saúde de Belém do Pará. In: Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia - SEGeT, 7, 2010, Rezende, RJ. Anais (online).

CARVALHO, F. F. B. *Atividade Física na perspectiva crítica de Promoção da Saúde:* Por outra compreensão da Educação Física. (TCC) Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.listasconfef.org.br/comunicacao/banco_de_ideias/FABIO_CARVALHO.pdf >. Acesso em: 16 jan. 2018.

CARVALHO, G. C. M. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Saude soc. vol.2 no.1 São Paulo 1993. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12901993000100003&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 10 maio 2018.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, Dez. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 fev. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007.

CAVALCANTI, M. L. T.; CABRAL, M. H. P.; ANTUNES, L. R. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros – 1988/2005. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n 7, p. 1813-1823, 2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63023392020/>. Acesso em: 23 fev. 2018.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 41-65, Jun 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 Mar. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro: v. 10, n. 4, p. 975-986, Dec. 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400020>. Acesso em: 17 out. 2016.

_____. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, Botucatu: v. 9, n. 16, p. 161-168, Feb. 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Oct. 2016.

_____. Desenvolvimento de competências no trabalho em saúde: educação,áreas do conhecimento e profissões no caso da saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, Abr.2012. Disponível em: <http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1128>. Acesso em: 21 jan 2018.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 138-151, maio 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500012&lng=en&nrm=iso>. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012. Acesso em: 25 jul. 2017.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/3733/2999>. Acesso em: 6 jun. 2018.

CÔRTES, S. V.; MICHELOTTI, F. C.; SANTOS, A. C. G. L. A. Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre: funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. In: CÔRTES, S. V. (Org.). *Participação e Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. 208 p. Cap.4. p. 145-176.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n 5, p. 2437-2445, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 31 jan. 2018.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. M.; RODRIGUES, J. F. C. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.19, n 2, p. 419-438, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000200010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 fev. 2018.

COTTA, R. M. M. et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. *Physis* [online], vol.20, n.3, p.853-872, 2010a. . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000300009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 31 jan. 2018. http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300009

COTTA, R. M. M et al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n 3, p. 1121-1137, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300019>. Acesso em: 31 jan. 2018.

CRUZ, P. J. S. C. et al. Desafios para a Participação Popular em Saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. *Saúde Soc*. São Paulo, v.21, n.4, p.1087-1100, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/sausoc/v21n4/v21n4a25.pdf>. Acesso em: 13 mar.2018.

DUARTE, E. B.; MACHADO, M. F. A. S. O Exercício do Controle Social no Âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. *Saúde Soc*. São Paulo, v.21, supl.1, p.126-137,

2012. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/sausoc/article/view/48775/52851>. Acesso em: 24 jan. 2018.

FALKENBERG, M. B et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63030163018/>. Acesso em: 23 jan. 2018.

FÁVERO, O. Paulo Freire: importância e atualidade de sua obra. *Revista e-curriculum*, São Paulo, v.7, n.3, dez 2011. Edição especial de aniversário de Paulo Freire. Disponível em:<http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum>. Acesso em: 9 mar.2018.

FIGUEIREDO, V. S.; SANTOS, W. J. L. Transparência e controle social na Administração Pública. *Revista Temas de Administração Pública*, 2013. Disponível em: <http://fclar.unesp.br/Home/Departamentos/AdministracaoPublica/RevistaTemasdeAdministracaoPublica/vanuza-da-silva-figueiredo.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2018.

FONSECA, A. G. M. F. Aprendizagem, mobilidade e convergência: Mobile Learning com Celulares e Smartphones. Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Mídia e Cotidiano Artigos Seção Livre, n. 2, 265-283 Jun 2013. Disponível em: <http://www.ppgmidiaecotidiano.uff.br/ojs/index.php/Midecot/article/view/42/48>. Acesso em: 15 abr. 2018.

FONSECA, I. M.; FERNANDES, K. K. S.; OLIVEIRA, M. D. B. Modalidades organizativas do tempo didático: trabalho docente, plano e planejamento. In: Anais do IV Congresso Nacional de Educação – CONEDU, V. 1, 2017.

FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido.* 60 ed.São Paulo: Paz & Terra; 2016a. 284 p.

_____.*Pedagogia da Autonomia*: saberes necessários à prática educativa. 53 ed. São Paulo: Paz & Terra; 2016b. 143 p.

GARROSSINI, D. F.; MARANHÃO, A. C. K. Dispositivos móveis e trabalho em equipe a partir de ambientes colaborativos: um estudo sobre o desenvolvimento do aplicativo Tiê. Revista de Design, Tecnologia e Sociedade, n 1, v. 1, 69-87, 2014. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/design-tecnologia-sociedade/article/view/19956/14147. Acesso em: 15 abr 2018.

GERSHMAN, S. A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. 2Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, 272 p.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de Formação e Educação Permanente em Saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14 n. 3, p. 747-763, set./dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0747.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2018.

GUIZARDI, F. L. A autocrítica necessária: notas sobre os desafios do controle social na saúde. *RECIIS – RevEletron de ComunInfInov Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n 3, jul-set 2015. [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1028/pdf1028>. Acesso em: 12 out. 2017.

HADDAD, A. E. e col. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. Rev Saúde Pública. Rev Saúde Pública, v. 44, n. 3, p. 383-393. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0310/pdfs/IS30(3)079.pdf>. Acesso em: 11 maio 2018.

HOFFMANN, R.; LEONE, E. T. Participação da mulher no mercado de trabalho e desigualdade da renda domiciliar per capita no Brasil: 1981-2002. Nova Economia, Belo Horizonte, v. 14, n 2, p. 35-58, maio-ago 2004. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/novaeconomia/article/view/430>. Acesso em: 13 dez 2017.

IBGE. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009. Rio de Janeiro, n 25, 2009, 152 p.

IBGE. Estimativas de População 2015. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 25 out. 2016.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Terceiro Trimestre de 2017. Rio de Janeiro, Nov.2017. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/. Acesso em: 22 dez. 2017.

IBGE. PNAD Contínua TIC 2016: 94,2% das pessoas que utilizaram a Internet o fizeram para trocar mensagens 21/02/2018 | Última Atualização: 09/03/2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/20073-pnad-continua-tic-2016-94-2-das-pessoas-que-utilizaram-a-internet-o-fizeram-para-trocar-mensagens.html>. Acesso em: 22 mar 2018.

JORGE, M. S.;VENTURA, C. A. Os Conselhos Municipais de Saúde e a gestão participativa. *Textos contextos*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. p. 106 – 115, Jan.-jul. 2012. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/9693/8058>. Acesso em 30 Jul. 2017.

JURBERG, C.; OLIVEIRA, E. M.; OLIVEIRA, E. S. G. Capacitação para quê? O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n 11, p. 4513-4523, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014001104513&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 abr. 2018.

KUARK, F. S.; MANHÃES, F. C.; MEDEIROS, C. H. *Metodologia da Pesquisa*: um guia prático. Itabuna:ViaLitterarum, 2010. 88p. Disponível em: <http://www.pgcl.uenf.br/2013/download/livrodemetodologiadapesquisa2010.pdf>. Acesso em: 30 abr.2016.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Metodologia do Trabalho Científico*: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. Ed. – São Paulo: Atlas, 2007.

LANDERDHAL, M. C.; UNFER, B.; BRAUN K, SKUPIEN, J. A. Resoluções do Conselho de Saúde: instrumento de controle social ou documento burocrático?*Ciência& Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n 5, p. 2431-2436, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63017467017/>. Acesso em: 22 dez. 2017.

LAZARINI, W. S.; SODRE, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. O debate sobre educação em saúde no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES, Brasil. *Interface*, Botucatu, v. 18, supl. 2, p.1227-1239, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000601227&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 25 jul. 2017.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n 3, p. 913-922, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n3/1413-8123-csc-21-03-0913.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2018.

LIMA, E. L. A.; COELHO JÚNIOR, L. L. Considerações sobre a formação acadêmica na área de saúde à luz da Educação Permanente em Saúde (EPS). Anais do IV Congresso Nacional de Educação – CONEDU, V. 1, 2017.

LOBO, A. S. M.; MAIA, L. C. G. O uso das TICs como ferramenta de ensino-aprendizagem no Ensino Superior. Caderno de Geografia, v.25, n.44, 2015. Disponível em: <http://www.luizmaia.com.br/docs/cad_geografia_tecnologia_ensino.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.

LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n 1, p. 15-30, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4008/400838231002/>. Acesso em: 4jan 2018.

MACIEL, K. F. O pensamento de Paulo Freire na trajetória da educação popular. *Educação em Perspectiva*, Viçosa, v. 2, n. 2, p. 326-344, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://www.seer.ufv.br/seer/educacaoemperspectiva/index.php/ppgeufv/article/viewFile/196/70>. Acesso em: 8 mar. 2018.

MARTINS, P.C. et al. Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil: Matizes da Utopia. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n 1, p. 105-121, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/4008/400838215007/>. Acesso em: 20 out. 2016.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. *Athenea Digital*, Barcelona, v.13, n 2, p. 239-244, 2013. Disponível em: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Matos>. Acesso em: 17 jan. 2018.

MELO, B. C.; SANT'ANA, G. A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. *Com. Ciências Saúde*, Brasília, v. 23, n 4, p. 327-339, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/pratica_metodologia_ativa.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2018.

MENEZES, M. G. SANTIAGO, M. E. Contribuição do pensamento de Paulo Freire para o paradigma curricular crítico-emancipatório. *Pro-Posições*, v. 25, n. 3, supl. 75, p. 45-62, set./dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pp/v25n3/v25n3a03.pdf>. Acesso em: 9 mar.2018.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface*, Botucatu , v. 9, n. 16, p. 172-174, Feb. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 out. 2016. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100015.

MICCAS, F. L.; BATISTA, S. H. S. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n 1, p. 170-185, fev 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2014.v48n1/170-185/pt/>. Acesso em: 222 dez. 2017. https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498

MINAS GERAIS. Deliberação CIB -SUS/MG Nº1.979, de 18 de novembro de 2014. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG 2014. Diário Oficial de Minas Gerais, Belo Horizonte, nov. 2014.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014, 407 p.

MITRE, S. M. E COL. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, Sup2, p. 2133-

2144, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018 >. Acesso em: 11 abr. 2018.

MOREIRA, M. R. Reflexões sobre democracia deliberativa: contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política.*Saúdedebate,*Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 25-38, Dez. 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500025>. Acesso em: 20 mar. 2018. https://doi.org/10.1590/0103-11042016S03.

MORITA, I.; GUIMARÃES, J. F. C.; DI MUZIO, B. P. A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema? *Saude soc.*, São Paulo , v. 15, n. 1, p. 49-57, Abr. 2006. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2006.v15n1/49-57/>. Acesso em: 20 mar. 2018.

MOURA, A. Geração Móvel: um ambiente de aprendizagem suportado por tecnologias móveis para a "Geração Polegar". Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/10056>. Acesso em: 03 ago 2012.

MOURA, A. F.; LIMA, M. G. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. Revista Temas em Educação, João Pessoa, v.23, n.1, p. 98-106, jan.-jun. 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/view/18338/11399>. Acesso em: 11 abr. 2018.

MÜLLER NETO, J. S.; ARTMANN, E. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3407-3416, Dez. 2012. Disponível em:<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n12/25.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2017.

NICOLA, J. A.; PANIZ, C. M. A importância da utilização de diferentes recursos didáticos no ensino de biologia. *Infor, Inov. Form., Rev. NEaD-Unesp*, São Paulo, v. 2, n. 1, p.355-381, 2016. ISSN 2525-3476. Disponível em: <https://ojs.ead.unesp.br/index.php/nead/article/view/InFor2120167>. Acesso em: 9 fev. 2018.

OLIVEIRA, L. C. PINHEIRO, R.A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciência & Saúde Coletiva*,Rio d e Janeiro, v.15, n 5, p. 2455-2464, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/630/63017467020/> Acesso em: 24 jan. 2018.

OLIVEIRA, A. M. C.; IANNI, A. M. Z.; DALLARI, S. G. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n 8, p. 2329-2338, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000800017&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 26 jul. 2017.

OUVERNEY, A. M.; MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M. Democratização e educação permanente: percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 186-200, dez 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0186.pdf>. Acesso em: 17 de. 2017.

OLIVEIRA, R. S.; SANTOS, J. C. Educação à Distância - Superando Barreira. Nativa – Revista de Ciências Socais do Norte de Mato Grosso, v. 1, n. 2, 2013. Disponível em: http://revistanativa.com/index.php/revistanativa/article/view/136/pdf. Acesso em: 23 mar 2018.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, 356 p. Disponível em: <books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf>. Acesso em: 18 maio 2018.

PAIVA, F. S.; STRALEN, C. J. V.; COSTA, P. H. A. Participação social e saúde no Brasil: revisão sistemática sobre o tema. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n 2, Fev 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n2/487-498/>. Acesso em: 22 mar. 2018. https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.10542012.

PONTE, H. M. S. et al. "O caminho se faz ao caminhar": processo de reativação de conselhos locais de saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 234-243, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2012.v21suppl1/234-243/>. Acesso em: 20 mar. 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem:* avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUITETE, J. B.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. Uma análise reflexiva do feminino das profissões. *Hist. Enferm.: Rev. eletronica*; Brasília, v. 1, n 2, p. 223-239, Jul-Dez. 2010. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/n2vol1ano1_artigo1.pdf >. Acesso em: 4 jan. 2018.

RAMOS, M. F. et al. Conselhos Setoriais: perfil dos conselheiros e sua influência na tomada de decisão. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.21, supl.3, p.61-70, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000700006&lng=en&nrm=iso> .Acesso em: 16 jan. 2018.

ROLIM, L. B. et al. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2013.v37n96/139-147/pt/>. Acesso em: 17 out. 2017.

SALIBA, N. A. etal.Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. *Revista de administração pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n 6, p. 1369-1378, nov./dez. 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2410/241016446007/ >. Acesso em: 13 nov. 2017.

SANTOS, E. M. Gestão participativa: estratégia de consolidação do Sistema Único de Saúde. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 30, n. 2, p. 107-112, jul./dez. 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/4339/3622>. Acesso em: 26 mar 2018.

SANTOS, M. C. P.; TAVARES JÚNIOR, F. A.; LELES, F. A.O fortalecimento do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais a partir do estabelecimento da Lei Complementar 141/2012. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, v. 2, n. 2, 2013. Disponível em: <http://publicaciones.fmdv.org/ojs/index.php/cuadernosderechosanitario/article/view/34>. Acesso em: 6 abr. 2018.

SANTOS, S. F.; VARGAS, A. M. D.; LUCAS, S. D. Conselheiros Usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. *Saúde Soc*., São Paulo, v.20, n.2, p.483-495, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902011000200019&script=sci_arttext&tlng=pt >. Acesso em: 22 fev. 2018.

SILVA, R. F.; SÁ-CHAVES, I. Formação reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. *Interface Comun Saúde Educ*., Botucatu, v. 12, n 27, p. 721-34, 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2008.v12n27/721-734/pt/>. Acesso em: 7 abr. 2018.

SILVA, C.V.; SILVA, D. F. L.;SOUZA, E. M. A participação da sociedade civil na democratização do setor de saúde no Brasil. *Rev. bras. educ. méd*., Brasília, vol.37, n.2, pp.254-259, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/13.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2017.

SILVA, E. C.; PELICIONI, M. C. F. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. *Ciênc. saúde coletiva*; Rio de Janeiro, v. 18, n 2, p. 563-572, Fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/28.pdf. Acesso em: 12 jan. 2018.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. Educação no Trabalho na Atenção Primária à Saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. *Saúde Soc*., São

Paulo, v.20, n.4, p.1018-1032, 2011. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29736/31613>. Acesso em: 23 jan. 2018.

SILVA, M. A. S. et al. Utilização de Recursos Didáticos no processo de ensino e aprendizagem de Ciências Naturais em turmas de 8º e 9º anos de uma Escola Pública de Teresina no Piauí. VII CONNEPI Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação. 19 a 21 de outubro. Palmas –Tocantins, 2012. Disponível em: <http://propi.ifto.edu.br/ocs/index.php/connepi/vii/paper/viewFile/3849/2734 >. Acesso em: 9 fev. 2018.

SIQUEIRA-BATISTA R, SIQUEIRA-BATISTA R. Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, n. 4, p. 1183-1192, 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v14n4/a19v14n4.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

SOUZA, C. V.; SHIGUTI, W. A.; RISSOLI, V. R. V. Metodologia Ativa para Aprendizagem Significativa com Apoio de Tecnologias Inteligentes. In: NuevasIdeasen Informática Educativa TISE 2013, Memorias de XVIII Congreso Internacional de Informática Educativa, Porto Alegre, p. 653-656.

TAROUCO, L. M. R. et al. Objetos de Aprendizagem para M-Learning, In: Anais do Congresso Nacional de Tecnologia da Informação e Comunicação (SUCESU), Florianópolis, 2004. Disponível em: <http://www.cinted.ufrgs.br/CESTA/objetosdeaprendiza gem_sucesu.pdf>. Acesso em: 23 mar 2018.

TCU.*Orientações para conselheiros de saúde.* Brasília: TCU 4ª Secretaria de Controle Externo; 2010.

VALLADARES, M. A.;VASCONCELLOS, L. C.; DI SERIO, P. S. D. A.Capacidade de Inovação: Revisão Sistemática da Literatura. *RAC*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, art. 3, p. 598-626, Set./Out. 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/840/84031708003/>. Acesso em: 6abr 2018.

VALLA, V. V. Educação, Saúde e Cidadania: Investigação Científica e Assessoria Popular. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, v. 8, n 1, p. 30-40, jan/mar, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n1/v8n1a04>. Acesso em: 3 abr. 2018.

VENDRUSCOLO, C. et al. Educação permanente como potencializadora da gestão do sistema de saúde brasileiro: percepção dos gestores. *Rev.Enferm- REUFSM,* Santa Maria, *v.* 6, n 1, p. 134-144, abr./jun. 2016. Disponível em: Acesso em: 13 fev. 2018.

ZAMBON, V. D.; OGATA, M. N. Controle social do Sistema Único de Saúde: o que pensam os conselheiros municipais de saúde. *Rev. bras. enferm*., Brasília, vol.66, n6, nov./dec. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600017>. Acesso em: 22 out. 2017.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este termo destina-se a convidá-lo para participar da pesquisa "Avaliação dos cursos oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais para o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina", cujo objetivo central é avaliar os cursos de qualificação oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúdede Minas Gerais para o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina. Trata-se de um estudo aplicado, qualitativo, de caráter exploratório, do tipo pesquisa de avaliação. A coleta de dados será feita por análise documental e entrevista semi-estruturada exploratória, conforme roteiro de perguntas, com os membros titulares e suplentes do Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina nos últimos dez anos que tenham participado de, minimamente, um curso oferecido pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais. O estudo justifica-se pela possibilidade de colaborar com o Conselho Estadual a fim de que seja um indicativo de necessidade de novas análises para todo o Estado de Minas Gerais, uma vez que os cursos, aparentemente, foram reproduzidos em várias, senão todas, as regiões de saúde do Estado. O cenário local também será beneficiado pela elaboração de uma tecnologia educacional capaz de articular conhecimento e prática a fim de tornar mais eficiente a discussão e mais eficaz a tomada de decisão para a construção das políticas públicas. A sociedade empoderada é essencial para o sucesso na elaboração e fiscalização das ações e serviços, uma vez que a política de saúde é complexa e relaciona-se com diversos setores.

Você está sendo convidado a participar de uma entrevista relativa à sua atuação como conselheiro e seu entendimento sobre a aplicação prática dos conhecimentos apreendidos nos cursos em que participou. Os depoimentos serão gravados e, posteriormente, transcritos para possibilitar sua análise. O tempo aproximado a ser dispendido pela entrevista será de 40 minutos. Ressalto que você tem a liberdade para decidir se deseja ou não participar da pesquisa, assim como para desistir e retirar seu termo de consentimento de participação a qualquer momento, sem penalização alguma. Os riscos com sua participação são mínimos e podem relacionar-se com exposição ou constrangimento. Entretanto, serão tomadas as providências necessárias para minimizá-los ainda mais por meio da realizaçãoda entrevista em uma sala separada, de forma individual pra que os dados fornecidos sejam mantidos em confidência, o anonimato será respeitado de forma que os participantes serão identificados no estudo com a letra "E" (entrevistado) seguida pelo algarismo arábico seqüencial. Haverá comprometimento de manutenção do sigilo e privacidade aos participantes em todas as fases da pesquisa, assim como a garantia de que as informações prestadas não serão usadas contra eles e serão utilizadas somente para fins de obter resultados para este estudo, conforme indica este termo. Os benefícios da pesquisa envolvem tanto o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais quanto o Conselho Municipal de Saúde, uma vez que os resultados poderão contribuir acerca da forma de qualificação dos membros, com a possibilidade de induzir à reflexão dos idealizadores dos cursos de qualificação sobre a eficácia do método utilizado e, em última análise, poderá beneficiar a sociedade por contribuir para que os conselhos de saúde sejam bem instrumentalizados para exercer sua função deliberativa.Este Termo será confeccionado em duas vias, sendo uma da pesquisadora e a outra do participante.Caso haja algum custo adicional para os participantes, como passagem ou alimentação, esse será ressarcido pela pesquisadora a fim de que o colaborador não tenha nenhum prejuízo. Ao final deste documento constam os telefones e endereços institucionais e da pesquisadora para sanar dúvidas sobre o projeto e sobre sua participação.

Eu, Aline Costa Rezende, declaro que as medidas e alegações contidas neste documento serão integralmente cumpridas e respeitadas com responsabilidade e ética.

Eu, _____, declaro que concordo em participar da pesquisa nos termos apresentados. Li as informações contidas no Termo acima e a pesquisadora prestou devidamente as explicações de forma a elucidar as informações quanto à pesquisa e à minha participação. Estou ciente quanto à liberdade para decidir se desejo ou não participar e para desistir de colaborar a qualquer tempo sem que me possa infligir qualquer prejuízo pela minha decisão.

_____, ____ de _____ de _____.

_____ _____

Participante da pesquisa Pesquisadora

Pesquisadora: Aline Costa Rezende
Orientador: Dr. Benedito Carlos Cordeiro
Endereço Residencial: Rua Nestor Augusto Rodrigues, 5 – Chácara Dona Euzébia – Leopoldina/MG
Telefone residencial: (32)3441-4876
Endereço institucional (MPES/UFF): R. Dr. Celestino, 74 - Centro, Niterói - RJ
Telefone institucional: (21)2629-9491
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua Marquês do Paraná 303 - Niterói - RJ
Telefone do CEP: (21) 2629-9189

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data:	Horário:
Entrevistado: E	
Grau de escolaridade:	
Profissão:	
Idade:	Sexo: Raça:
Estado civil:	Faixa salarial:
Quantidade de pessoas no núcleo familiar:	
Bairro em que mora:	Cidade:
Segmento de representação:	
Instituição que representa:	
Período de atuação no CMS (ano/ano):	
Quantidade de cursos oferecidos pelo CES/MG que já participou:	

Primeira parte: Cursos

1. Em que ano(s) você fez o (s) curso(s) do CES/MG?
2. O conteúdo do curso partiu de demanda local?
3. Em algum momento os conselheiros discutiram as necessidades locais para demandar curso? Foi registrado? Como?
4. O que você acha da forma em que o curso foi estruturado? (material didático, temas, recursos áudio-visuais)
5. No(s) curso(s) tiveram momentos de discussão sobre a realidade? Se sim, conte-me sobre o tema de discussão.
6. Vocês tiveram algum retorno prático do CES/MG sobre o produto dessas discussões?Se sim, qual retorno?
7. Como foi repassado para o conselho o retorno das discussões?
8. Na sua opinião, os resultados obtidos com a capacitação contribuíram de forma positiva, negativa ou não contribuíram para sua atuação no conselho? Como?
9. Você aplicou os conhecimentos apreendidos no(s) curso(s) na sua prática de atuação enquanto conselheiro? Conte-me o que você conseguiu aplicar.
10. Na sua opinião, esses cursos são necessários?
11. Na sua opinião, os cursos devem ser planejados a partir de consultas às necessidades locais?

Segunda parte: Atuação

12. Como você julga seu desempenho como conselheiro? (ótimo/bom/regular/ruim)
13. Como você considera sua contribuição para a saúde pública local? (ótima/boa/regular/ruim)
14. Como você colabora para a saúde pública?
15. Você é participativo nas discussões e tomadas de decisão no Conselho? (sim/não)
16. Após participar do(s) curso(s), como você julga sua participação nas discussões e tomadas de decisão? (melhorou/piorou/não sofreu interferência). Descreva.
17. Quais são as funções dos conselheiros?
18. Como você pensa que o Conselho de Saúde pode contribuir para a sociedade?

ANEXO 1

CARTA DE ANUÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LEOPOLDINA

Transparência CMS

Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina

Rua Farmacêutico Durval Bastos, 856 – Fátima – Fax: (32) 3449-2400
Telefax: (32) 3441-3539 – CEP 36700-000 – Leopoldina – Minas Gerais
e-mail: cms.leopoldina@yahoo.com.br

CARTA DE ANUÊNCIA

A Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina, Ana Maria Cândido Vargas vem, por meio desta, informar que está ciente e de acordo com a realização nesta instituição da pesquisa intitulada "Avaliação dos cursos de qualificação oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais para o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina", sob a responsabilidade do pesquisador responsável "Aline Costa Rezende", a ser realizada no período de "janeiro de 2017 a julho de 2018".

Informamos ainda que esta instituição está ciente da liberação/entrada dos pesquisadores para a coleta dos dados referentes à pesquisa, somente mediante a apresentação do ***PARECER de APROVAÇÃO DO referido projeto pelo CEP FOUFF-NF.***

Esta instituição é consciente de sua co-responsabilidade do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

O pesquisador responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS nº 466/12 e no que diz respeito à coleta de dados que apenas será iniciada após a **APROVAÇÃO DO PROJETO** por parte do Comitê de Ética em Pesquisa onde este projeto está sendo avaliado ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), se também houver necessidade. Comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da referida pesquisa.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução nº 466/2012 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Leopoldina, em 05 / 12 / 2016.

Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina
Presidente

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição

ANEXO 2

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFF - HOSPITAL UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO / FACULDADE DE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DOS CURSOS DE QUALIFICAÇÃO OFERECIDOS PELO CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS PARA O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LEOPOLDINA

Pesquisador: ALINE COSTA REZENDE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64108216.4.0000.5243

Instituição Proponente: Mestrado Profissional de Ensino na Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.963.490

Apresentação do Projeto:

Este estudo é um projeto de dissertação de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde tem como propósito avaliar os cursos de qualificação oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais para o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina. Trata-se de um estudo aplicado, qualitativo, de caráter exploratório, do tipo pesquisa de avaliação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os cursos de qualificação oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais para o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina.

Objetivo Secundário:

1. Descrever a estruturação dos cursos oferecidos pelo CES/MG.
2. Avaliar se as estratégias adotadas pelo CES/MG para qualificar conselheiros seguem os preceitos educação permanente como estratégia problematizadora.
3. Analisar o entendimento dos conselheiros sobre a melhoria na prática de atuação obtida com cursos de qualificação oferecidos pelo CES/MG.
4. Verificar se os conselheiros conhecem suas funções.

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br

5. Propor uma tecnologia educacional como estratégia de intervenção para subsidiar o processo de decisão e colaborar para a legitimação do controle social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Para prevenir riscos, as entrevistas serão realizadas em uma sala separada, de forma individual pra que os dados fornecidos sejam mantidos em confidência, garantindo, assim, o "direito de privacidade". O anonimato será respeitado de forma que os participantes serão identificados no estudo com a letra "E" (entrevistado) seguida pelo algarismo arábico sequencial. Será garantido aos participantes que as informações prestadas não serão usadas contra eles.

Benefícios:

Os benefícios da pesquisa envolvem tanto o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais quanto o Conselho Municipal de Saúde, uma vez que os resultados poderão contribuir na forma de qualificação dos membros, com a possibilidade de induzir à reflexão dos idealizadores dos cursos de qualificação sobre a eficácia do método utilizado e, em última análise, poderá beneficiar a sociedade por contribuir para que os conselhos de saúde sejam bem instrumentalizados para exercer sua função deliberativa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem o propósito de realizar avaliação dos cursos oferecidos pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais para o Conselho Municipal de Saúde de Leopoldina. Trata-se de um estudo aplicado, qualitativo, de caráter exploratório, do tipo pesquisa de avaliação. O estudo justifica-se pela possibilidade de colaborar com o Conselho Estadual de Saúde a fim de que seja um indicativo de necessidade de novas análises para todo o Estado de Minas Gerais. Tem como proposta a elaboração de uma tecnologia educacional capaz de articular conhecimento e prática para tornar mais eficiente a discussão e mais eficaz a tomada de decisão para a construção das políticas públicas. Tornar a sociedade empoderada é essencial para o sucesso na elaboração e fiscalização das ações e serviços.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de anuência do local onde será realizada a pesquisa está devidamente assinado e carimbado pelo Presidente do conselho Municipal e o TCLE está elaborado em formato adequado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFF, de acordo com as

atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_839934.pdf	18/01/2017 14:10:57		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	12/12/2016 17:19:27	ALINE COSTA REZENDE	Aceito
Outros	roteiro.pdf	08/12/2016 13:33:29	ALINE COSTA REZENDE	Aceito
Outros	ANUENCIA.pdf	08/12/2016 13:31:50	ALINE COSTA REZENDE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/12/2016 13:27:02	ALINE COSTA REZENDE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOALINE.pdf	08/12/2016 13:26:26	ALINE COSTA REZENDE	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

UFF - HOSPITAL UNIIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO / FACULDADE DE

Continuação do Parecer: 1.963.490

NITEROI, 14 de Março de 2017

Assinado por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar
Bairro: Centro **CEP:** 24.030-210
UF: RJ **Município:** NITEROI
Telefone: (21)2629-9189 **Fax:** (21)2629-9189 **E-mail:** etica@vm.uff.br