

RENATA LOPES DE SIQUEIRA

**ANÁLISE DO PERFIL TÉCNICO, REPRESENTATIVO E DO POTENCIAL
DAS ESTRATÉGIAS INOVADORAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM NO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A PARTICIPAÇÃO
SOCIAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Doctor Scientiae*.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2014

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

S618a
2014

Siqueira, Renata Lopes de, 1967-
Análise do perfil técnico, representativo e do potencial das
estratégias inovadoras de ensino e aprendizagem no
desenvolvimento de competências para a participação social no
contexto do Sistema Único de Saúde / Renata Lopes de Siqueira.
– Viçosa, MG, 2014.
xiii, 182 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui anexos.

Orientador: Rosângela Minardi Mitre Cotta.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Participação social.
3. Política de saúde. 4. Conselhos de saúde - Treinamento.
I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Nutrição.
Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição. II. Título.

CDD 22 ed. 362.10981

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

RENATA LOPES DE SIQUEIRA

**ANÁLISE DO PERFIL TÉCNICO, REPRESENTATIVO E DO POTENCIAL
DAS ESTRATÉGIAS INOVADORAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM NO
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A PARTICIPAÇÃO
SOCIAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição, para obtenção do título de *Doctor Scientiae*.

APROVADA: 12 de março de 2014.

Renato Pereira da Silva

Per Christian Braathen

Ana Vlândia Bandeira Moreira

Jeferson Boechat Soares
(Coorientador)

Rosângela Minardi Mitre Cotta
(Orientadora)

Dedico esta tese aos meus filhos Sofia e Pedro.
As minhas lutas e conquistas são por eles e para eles.

Estudo financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES),
Brasil, entidade do governo brasileiro voltada para a formação de recursos humanos.
Processo n.º 23038.009788/2010-78; AUX-PE-Pró-Ensino na Saúde, 2034/2010.

É dever da crítica teórica descobrir e denunciar as soluções meramente verbais, transformar uma fórmula de efeito numa proposta operativa, distinguir a moção de sentimentos do conteúdo real.

(BOBBIO, 1986, p. 43)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido saúde e determinação para o cumprimento desta empreitada. Devo também à bondade divina o encontro de tantos parceiros e colaboradores no percurso de desenvolvimento deste estudo.

Aos meus pais que me propiciaram a oportunidade de estudar, especialmente minha querida mãe, por todo o seu esforço, cuidado e estímulo nos momentos mais difíceis.

Ao meu companheiro Clodiney Cruz, por todo seu apoio técnico e cuidado.

A Pedro Cruz, pela tradução meticulosa. Motivo de felicidade e orgulho.

A Sofia Cruz, pela paciência e compreensão em relação às minhas ausências e pelo carinho e alegria constantes e contagiantes.

À rede solidária de mães e amigas: Ana Vlândia, Maria da Conceição, Carla Beatriz, Marluce e Maria Cortes. Sem a amizade e o apoio afetivo dedicado a mim e a Sofia, por estas admiráveis companheiras, não teria sido possível a conclusão deste trabalho.

À professora Rita de Cássia Lanes Ribeiro, pela oportunidade de ingressar no programa de doutorado.

A todos os Conselheiros de Saúde do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, Minas Gerais, com os quais compartilhei momentos de reflexão e de luta em prol de um sistema sanitário mais justo e responsivo as demandas coletivas.

Aos estagiários: Bernardo, Valéria e Maryelen pelo esforço, seriedade e dedicação.

À atriz e diretora Jeane Doucas, ao grupo de Teatro “Os eloquentes” e ao fotógrafo Luciano Cintra que doaram toda a sua competência e criatividade com muita dedicação e compromisso.

À equipe do PRODUS, pela parceria, intercâmbio de saberes, solidariedade, respeito e carinho.

Aos professores Per Christian Braathen, Ana Vlândia Bandeira Moreira, Renato Pereira da Silva e Raquel Amaral Araújo, pela revisão crítica e pelas sugestões para o aprimoramento desta tese.

Ao professor Jeferson Soares Boechat, pelas ponderações nevrálgicas, críticas e sugestões teóricas contundentes que ampliaram o meu horizonte analítico. Também o

agradeço pelo pragmatismo acadêmico que me ajudou a superar obstáculos e desafios encontrados no decorrer desta pesquisa.

À professora Rosângela Minardi Mitre Cotta, orientadora deste trabalho, que, de maneira sempre comprometida, conduziu este estudo respeitando minha autonomia e criatividade, primando sempre pela ampliação da minha capacidade crítico-reflexiva.

Aos colegas, professores, e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Nutrição da Universidade Federal de Viçosa (UFV), em especial à secretária Rita Stampini, pela prontidão e gentileza.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por me proporcionar a oportunidade de realizar este estudo por meio do financiamento do projeto e da bolsa de doutorado.

SUMÁRIO

RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	xi
1. INTRODUÇÃO GERAL.....	1
2. JUSTIFICATIVA	7
2.1. O contexto de desenvolvimento da pesquisa	7
2.2. A relevância da temática do estudo	11
3. OBJETIVOS	14
3.1. Objetivo geral.....	14
3.2. Objetivos específicos	14
4. REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1. Trajetória histórica da noção de participação social nas políticas públicas de saúde no Brasil	15
4.2. Definição, princípios e características das metodologias ativas de ensino e aprendizagem	19
4.3. Aprendizagem significativa e a educação como prática libertadora	22
5. METODOLOGIA	29
5.1. Caracterização do município de estudo.....	29
5.2. Sujeitos de estudo.....	31
5.3. Desenho do estudo	33
6. ARTIGOS	65
6.1. Artigo original 1	65
6.2. Artigo original 2	85
6.3. Artigo original 3	106
6.4. Artigo original 4	127
7. CONCLUSÕES GERAIS	152
REFERÊNCIAS.....	154
ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	162
ANEXO B - PROGRAMA DO CURSO DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE	167
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO CURSO DE CAPACITAÇÃO DOS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE	168
ANEXO D - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.....	168
ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	170

RESUMO

SIQUEIRA, Renata Lopes de, D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, março de 2014. **Análise do perfil técnico, representativo e do potencial das estratégias inovadoras de ensino e aprendizagem no desenvolvimento de competências para a participação social no contexto do Sistema Único de Saúde.** Orientadora: Rosângela Minardi Mitre Cotta. Coorientador: Jeferson Boechat Soares.

A participação social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é resultante de um processo histórico de luta da sociedade civil organizada, e que culminou com a instituição legal dos Conselhos de Saúde como instâncias formais de participação social e com as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Entretanto, inúmeras evidências científicas revelaram uma limitação de competências por parte dos Conselheiros de Saúde para exercer estas atribuições, gerando uma demanda crescente por capacitações contínuas por meio de metodologias ativas de Ensino-Aprendizagem (E-A). Não obstante, ainda há poucos estudos no Brasil que analisam os fatores condicionantes, limitações, e vantagens da adoção destas metodologias na construção das competências necessárias para participação social no âmbito das políticas públicas de saúde. O objetivo do presente estudo é avaliar o perfil técnico e representativo dos Conselheiros de Saúde e o potencial das metodologias ativas de Ensino e Aprendizagem na formação de competências necessárias a participação social no SUS. Trata-se um estudo qualitativo, do tipo pesquisa-ação, cujas técnicas de coleta de dados foram: análise documental, observação participante, entrevistas individuais e grupos focais. Os sujeitos de estudo foram os membros do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, Minas Gerais. Na primeira etapa do estudo, de caráter diagnóstico situacional, foi realizada observação não participante e participante, análise documental e entrevistas semi-estruturadas junto aos conselheiros. Na segunda etapa, efetuou-se o planejamento do Curso de Capacitação dos Conselheiros de saúde. Na etapa seguinte, de caráter interventivo, implementou-se a Capacitação dos Conselheiros de Saúde por meio da conjugação de diversas metodologias ativas de ensino e aprendizagem, a saber: exposições dialogadas, documentários, dramatização, árvore das soluções, panorama “sobe e desce”, nuvem de palavras e o mapa conceitual (MC), sendo eleito este última a técnica inovadora na qual focou-se a investigação. A avaliação da experiência de construção do Mapa Conceitual

pelos conselheiros foi efetuada por meio de grupo focal. Empregou-se para análise dos dados subjetivos a técnica de análise de conteúdo. Os dados de objetivos foram analisados por meio de estatística descritiva adotando-se como ferramenta o software Epi Info, versão 3.5.2. Participaram do estudo 56, 28 titulares e 28 suplentes, conselheiros com mandato oficialmente vigente de agosto de 2010 a agosto de 2013. Os dados foram apresentados e analisados na forma de cinco artigos originais. O primeiro artigo analisa a noção de representação política que orienta a atuação nos Conselhos de Saúde, privilegiando a noção que orienta a prática dos próprios conselheiros. Nessa perspectiva, para além da análise da trajetória histórica acerca do conceito de representação política, propôs-se compreender como as formulações teóricas mais recentes conformam-se à atuação dos conselheiros de saúde, sujeitos dessa representação. O segundo artigo traz uma reflexão sobre a dimensão técnica da atuação conselheira. A partir do levantamento do leque de informações de natureza jurídica e técnico-administrativas detidas pelos Conselheiros de Saúde, analisam-se estas informações que possibilitam a formação de competências técnicas necessárias ao cumprimento das suas atribuições propositivas e fiscalizatórias. O terceiro e quarto artigos originais apresentam reflexões sobre o potencial do MC na formação de competências necessárias a participação social no âmbito do SUS. Ambos apresentam uma análise estrutural e processual dos MC(s) construídos pelos conselheiros durante o Curso de Capacitação de Conselheiros. Distintamente, o terceiro artigo privilegiou a análise em relação a forma de configuração, número e domínio semântico dos conceitos empregados, enquanto o quarto artigo focou-se na análise sobre o número de proposições e a coerência proposicional. Na análise da dimensão processual, em ambos os artigos, destacam-se aspectos relativos a experiência de aprendizagem via MC, sob a ótica dos próprios conselheiros de saúde. O quinto artigo apresenta uma análise do primeiro contato empírico da pesquisadora com conselhos gestores, que despertou o interesse em investigar o tema da participação social na gestão de políticas públicas. Parte do seu referencial teórico deste artigo a construção do projeto deste estudo. Esta primeira experiência ocorreu no contexto do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), responsável por zelar pelo Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) e permitiu observar que, não desconsiderando as peculiaridades inerentes a cada setor, nos CONSEA(s) prevalecem muitos dos problemas e desafios enfrentados no contexto dos Conselhos de Saúde. Os resultados relativos à etapa de diagnóstico prévio situacional revelaram uma desigualdade de informação entre

conselheiros e a coexistência de diversas modalidades de representação políticas dificultando identificar mecanismos precisos de *accountability* e responsabilização. Os resultados relativos ao uso do MC na capacitação dos Conselheiros de Saúde revelaram que condições fundamentais ao aprendizado significativo, como: a) o uso de material potencialmente significativo; b) a disposição para aprendizagem; e c) a motivação do aprendiz pareceu restringida por fatores inerentes ao ambiente não-formal de ensino e aprendizagem do próprio Conselho de Saúde. Estes fatores estão representados pela sua composição eclética, ausência de normas e critérios de desempenho e participação, disponibilidade de tempo, trabalho voluntário e infra-estrutura precária. Tais limitações, entretanto, não impediram a observação dos benefícios do aprendizado por meio do Mapa Conceitual observado em outros estudos, dentre eles, o caráter dinâmico, autônomo, reflexivo, e colaborativo do aprendizado. Conclui-se que o MC de fato amplia a possibilidade de aprendizagem significativa, capaz de promover a consciência crítica e o empoderamento dos sujeitos sociais de forma a transformar a realidade, mas que a sua adoção não pode ocorrer por simples transposição destas estratégias de um contexto a outro, sendo recomendável ampliar estudos sobre vantagens, fragilidades e adequações pertinentes as suas aplicações no processo de educação permanente de conselheiros de saúde.

ABSTRACT

SIQUEIRA, Renata Lopes de, D.Sc., Universidade Federal de Viçosa, March, 2014. **An analysis of the technical-representative profile and the potential of innovative strategies of teaching-learning skill development for social participation in the context of the Unified Health System.** Adviser: Rosângela Minardi Mitre Cotta. Co-adviser: Jeferson Boechat Soares.

The social participation in management of the Unified Health System is resultant of an historical process of struggle by the organized civil society, and culminatting to a legal institution of the Health Councils as formal entities of social participation with the assignments of formulating strategies and controlling the execution of health policies. Nonetheless, numerous scientific evidences revealed a limitation of skills of the Health Counselors to perform these tasks, generating a increasing demand for continuous training through active methodologies of Teaching-Learning (T-L). Notwithstanding, in Brazil, there are still few studies to analyze the conditioning factors, the limitations and the advantages of the adoptions of such methodologies in the development of the necessary skills for social participation within public health policies. To evaluate the technical-representative profile of the Health Counselors and the potential of active methodologies of Teaching-Learning skills training necessary to social participation in the Unified Health System. This was a quantitative and qualitative study of action-research type, which techniques of data collecting were: analysis of documents, participative observation, individual interviews, and focal groups. The study subjects were members of the Municipal Health Council of Viçosa, Minas Gerais. At the first stage of the study, which had situational diagnostic character, both participative and non-participative observations were conducted, as well as documental analysis and semi-structured interviews with the counselors. In the second stage, we performed the planning of the Training Course of the Health Counselors. In the next stage, which had an interventive character, the training of the Health Counselors through the combination of multiples active methods of teaching and learning, namely: expositive dialogues, video documentaries, dramatization, tree of solutions, "rise-and-fall" panorama, word cloud, and concept maps (CM), the latter being the innovative technic upon which was focused the research. The evaluation of the Health Counselors experience of building Concept Maps was performed by the means of focal groups. For

analysis of subjective data the technique of content analysis was used. The objective data was analyzed through descriptive statistics, adopting as the main tool the Epi Info, version 3.5.2. 56 Health Counselors, 28 full members and 28 alternate members, whose mandate occurred between August/2010 and August/2013, participated in the investigations. The data was analyzed and present by the means of five original papers. The first paper discusses the notion of political representation that guides the actions of the Health Councils, favoring the notion that guides the practice of the counselors themselves. From this perspective, in addition to analysis of the historical trajectory of the concept of political representation, it is proposed to understand how the most recent theoretical formulations conform to the performance of health counselors, subjects of this representation. The second article presents a reflection on the technical dimension of the councilist performance. From the survey of the range of informations of legal and technical-administrative matter held by the Health Counselors, we analyze such information which make possible the necessary training to fulfill their duties of purposful and supervisory skills. The third and fourth papers present original thoughts on the potential of the CM in the skills training necessary for social participation within the Unified Health System. Both feature a structural and procedural analysis of CM(s) constructed by the counselors during the Training Course for Counselors. Distinctively, the third paper focuses on analyzing the fashion of configuration, number and semantic domain of concepts, while the fourth article focuses on the analysis of the number of propositions and propositional consistency. In the analysis of the procedural dimension, in both articles stand out aspects of the learning experience via CM, from the viewpoint of the health counselors. The fifth paper presents an empirical analysis of the first contact of the researcher with management councils, which sparked interest in investigating the issue of social participation in public policy management. The construction of the study design derives from the theoretical framework of the investigation. This first experience occurred in the context of the Council of Food and Nutrition Security (CONSEA), responsible for overseeing the Human Right to Adequate Food and allowed us to observe that, disregarding the peculiarities inherent in each sector, in CONSEA prevail many the problems and challenges faced in the context of the Health Councils. The outcome for the prior situational diagnostic revealed an inequality of information between counselors, as well as the coexistence of various types of political representation, which difficult the appliance of accurate mechanisms of accountability. The outcome for the usage of CM on the Health

Counselors' skills training revealed that the usage of a) potentially meaningful material; b) the willingness to learn; and c) the motivation of the learner seemed constrained by inherent factors in the non-formal education and learning environment of the Health Council itself. These factors are represented by its eclectic composition, lack of standards and criteria for performance and participation, time availability, volunteer work and poor infrastructure. However, such limitations did not prevent the observations of the benefits of learning through Concept Maps, as observed in other studies, among them, the dynamic character, autonomous, reflective, and collaborative learning. It is concluded that CM indeed enhances the possibility of meaningful learning, being able to promote critical awareness and empowerment of social actors in order to transform reality, but its adoption can not occur by simple transposition of these strategies from one context to another and it is recommended to expand studies on advantages, weaknesses and appropriate adaptations in its applications for continuing education of health counselors.

1. INTRODUÇÃO GERAL

Fruto da opção política de sucessivos governos, no Brasil, durante longo período da história prevaleceu um modelo de Atenção à Saúde com ênfase quase que exclusiva da atenção curativa, medicamentosa, focada no indivíduo, centrada na oferta de serviços de alta complexidade e custo, e desenvolvidos por uma rede hospitalar privada financiada com recursos públicos (COTTA et al., 2013).

Neste modelo, as Ações Primárias de Saúde direcionadas para a prevenção de agravos e enfermidades e promoção da saúde, eram incipientes, pontuais e ocupavam lugar marginal na agenda pública. Quanto à forma de gestão, caracterizava-se pelo assistencialismo, autoritarismo, centralização e engendramento de uma estrutura burocrática propícia à instalação de focos de corrupção e favorecedora aos interesses do setor privado conveniado (COTTA et al., 2013; CARVALHO, 2013).

Este modelo biologista, mecanicista e reducionista foi insuficiente para atender as crescentes demandas populares e gerou um quadro de morbimortalidade caracterizado por altos índices de doenças infecto-parasitárias, subnutrição e mortalidade infantil (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

O incremento do processo urbanização e de migração do meio rural para o urbano, desencadeados pelo processo de industrialização na década de 50, e a subsequente consolidação de assistência médica hospitalocêntrica e discriminatório durante o período ditatorial agravaram o cenário epidemiológico e grau de insatisfação popular em relação a política de saúde vigente (MATTA, 2007).

Neste contexto, emergiu do seio da sociedade civil um movimento em defesa de um sistema público de saúde com integralidade e universalidade, que se denominou Movimento de Reforma Sanitária (MRS) (CARVALHO, 2013; BAPTISTA, 2007; BRAGA, 2007). Dentre seus integrantes estavam associações de bairros e vilas, Comunidades Eclesiais de Base, movimentos populares, intelectuais universitários, médicos especializados em Saúde Pública e políticos que se reuniam no combate às iniquidades sociais, sendo uma das suas bandeiras o direito à saúde (CARVALHO, 2007).

Simultaneamente, no plano internacional também houve uma mobilização em prol do reconhecimento da Saúde como um direito humano fundamental. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre *Cuidados Primários de*

Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, país integrante da antiga União Soviética. Nesta conferência estabeleceu-se uma meta entre seus países membros de atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da instituição de sistemas sanitários universais que privilegiassem a Atenção Primária em Saúde (APS), focalizando-se na implementação de ações de prevenção e promoção da saúde, pautadas nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (MENDES, 2002).

Nesta perspectiva, a declaração de Alma-Ata propôs a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população, em uma perspectiva interdisciplinar e com a participação social na gestão e controle das atividades (MATTA, 2005). Essa política internacional ficou conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000”. O Brasil integrou lista dos 134 países signatários da Declaração de Alma-Ata com o compromisso de implementá-la.

Destarte, em alguns municípios brasileiros, em consonância com que acontecia no mundo, iniciou-se uma série de experiências de afirmação da APS e de resistência ao modelo hospitalocêntrico vigente. Paralelamente, o debate em torno de uma reforma sanitária foi aquecido pela crise do modelo médico previdenciário que levou a uma maior associação entre o Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) e os serviços públicos de saúde. Esta associação foi denominada Ações Integradas de Saúde (AIS).

As AIS eram convênios firmados entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social e criadas com o intuito de tornar mais universal e integralizada a Atenção à Saúde (CARVALHO, 2013). A partir de 1987, as AIS foram aprimoradas dando origem aos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) (COTTA et al., 2013).

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, com mais de quatro mil pessoas proveniente de todo território nacional (BRASIL, 1986). Segundo Carvalho (2013), a presença maciça dos cidadãos usuários nesta conferência se deu graças as AIS que introduziram os Conselhos de Saúde, com participação comunitária, em cada município como condição de adesão à proposta. O relatório final desta VIII CNS, referendado pela população, por técnicos e gestores consubstanciou o Capítulo da Seguridade Social da Constituição Federal de 1988, no qual a saúde passou a ser reconhecida como direito do cidadão e dever do Estado (MATTA, 2007).

Por conseguinte, a Carta Magna também determinou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142, ambas promulgadas em 1991.

O SUS representa a política nacional de saúde. É um sistema gratuito, fundamentado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, e estrategicamente organizado pelas diretrizes operacionais da descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (MATTA, 2007).

As Leis Orgânicas da Saúde (LOS): a Lei n.º 8.080/90 define a forma de organização e funcionamento do SUS; e a Lei n.º 8.142/90 dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (PAIM, 2008; BRASIL, 1990a e 1990b).

Em face da diretriz constitucional de participação da comunidade no SUS, a Lei n.º 8.142/90 prevê a constituição de conselhos de saúde de caráter permanente e deliberativo que, juntamente com as conferências compõem as instâncias formais de participação social no âmbito do SUS (SOUZA, 2007)¹.

Atualmente existem cerca de 5.554 Conselhos Municipais de Saúde, 27 Conselhos Estaduais de Saúde, o que implica algo em torno de 86.414 conselheiros municipais que deveriam atuar como sujeitos políticos² (DATASUS, 2011).

A Lei n.º 8.142/90 atribui aos conselheiros a função de

atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 1990b)³.

Entretanto, após a constituição dos Conselhos de Saúde, tanto a prática cotidiana quanto a evidencia científica evidenciaram obstáculos ao exercício efetivo e adequado da participação social, dentre eles ressalta-se as limitadas competências

¹ De acordo com Souza (2007), a Lei 8.142/90 teve de ser editada em decorrência de vetos impostos a Lei n.º 8080/90 principalmente no que se referia à participação da comunidade e ao repasse de recursos. Tais vetos foram percebidos como indevidos em função da necessidade de regulamentação da determinação constitucional de participação da comunidade e da instituição constitucional de descentralização da execução das ações e dos serviços públicos de saúde.

² O processo progressivo de descentralização tem levado a ampliação destes sujeitos políticos via instituição gradativa e crescente de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente (BRASIL, 2003).

³ Segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a atuação na formulação deve ser, sempre que possível, articulada e sinérgica com o gestor do SUS e com o poder legislativo, sem comprometer a autonomia e agilidade próprias do Conselho e esta condicionada a uma postura combativa, ofensiva e criadora de construção do novo modelo de Atenção a Saúde. Em relação à atuação no controle da execução, pondera que a mesma não deve ser de mera fiscalização tradicional burocrática, mas de acompanhamento permanente da execução dos programas prioritários do SUS, de pesquisas por amostragem de usuários, prestadores e profissionais, e de indicadores de saúde. Este controle depende que os conselheiros assumam uma a uma postura defensiva contra os desvios e distorções do sistema (BRASIL, 2002).

técnicas e representativas (TATAGIBA, 2005; LUMBAMBO; COUTINHO, 2004; LUCHMAMN, 2002; LABRA, 2002)

Destarte, ficou evidenciado que para o exercício de suas atribuições, além da garantia legal, seria também necessário que os conselheiros fossem munidos do efetivo poder de intervir na realidade, sendo, para tanto, empoderados acerca das suas possibilidades de controle dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência (COTTA et al., 2010; SEM, 2008; CARVALHO, 2007; PAIM, 2008).

Nesta perspectiva, a força política mostrou-se diretamente condicionada aquisição de competências técnica e representativa que possibilitasse maior habilidade argumentativa nos espaços conquistados de participação social (MORAES et al., 2009).

Como mecanismo de empoderamento, os estudos científicos, relatórios de conferências e diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendam a capacitação dos Conselheiros de Saúde (COTTA et al., 2011; BRASIL, 2008; CORREIA, 2005; CARVALHO, 2007; BRASIL, 2004; BRASIL, 2001; BRASIL, 1996; BRASIL, 1992).

Entretanto, questionam a eficiência dos métodos tradicionais de capacitação. Tais métodos são criticados por gerar um tipo de aprendizado passivo, dependente e pouco reflexivo, incapaz de promover consciência crítica capaz de transformar criativamente a realidade vivida (COTTA et al., 2010; NOGUERO, 2007; CORREIA, 2005; FREIRE, 1979).

Consequentemente, foi se delineando de forma gradativa a demanda por capacitações realizadas por meio de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. Argumenta-se que as metodologias ativas contribuem para o pensamento reflexivo e crítico que, por sua vez, qualifica a ação política e promove o controle social como ferramenta democrática para fazer valer o direito à saúde (COTTA et al., 2012; COTTA, 2011; CORREIA, 2005;)

Dentro desta categoria situa-se o Mapa Conceitual (MC), uma ferramenta pedagógica desenvolvida por Josef Novak e colaboradores, e que se constitui na representação gráfica do conhecimento (NOVAK; CÃNAS, 2008).

O MC fundamenta-se na teoria da aprendizagem significativa desenvolvida por Ausubel et al. (1980) e diz respeito ao ato de relacionar, de forma não arbitrária e

substantiva (não literal), uma nova informação a outras informações preexistentes na estrutura cognitiva do aprendiz⁴.

Existem inúmeras evidências científicas acerca das vantagens advindas do mapeamento conceitual nas salas de aulas, tais como, a promoção do aprendizado reflexivo, criativo e autônomo (SOUZA; BORUCHOVITCH, 2010; NOVAK; CÃNAS, 2008).

Ademais, quando construídos coletivamente promovem o aprendizado interativo, solidário e colaborativo, constituindo-se em “ato social” (DIAS, 2011; MOURA; CARVALHO, 2007). Tais atributos são plenamente desejáveis em instâncias de deliberação colegiadas como os Conselhos de Saúde.

Entretanto, a literatura científica é relativamente escassa em relação à aplicação do MC em espaços não formais, onde o processo de ensino e aprendizagem ocorre em condições bastante diversas da sala de aula.

Destarte, o objetivo deste estudo foi proceder a avaliação do perfil técnico e representativo de conselheiros municipais de saúde e; do potencial das metodologias ativas de Ensino e Aprendizagem na formação de competências necessárias a participação social no âmbito do Sistema Único de Saúde, privilegiando-se a análise do MC.

A expectativa é que os resultados produzidos desta pesquisa possam servir de subsídio analítico quanto à pertinência de se adotar as metodologias ativas de ensino e aprendizagem como estratégias de educação permanente de conselheiros de saúde. A Figura 1 apresenta o mapa conceitual que norteou esta pesquisa.

⁴ Nas teorias construtivistas que fundamentam a adoção de metodologias ativas de ensino e aprendizagem há uma variação na forma de nominar os sujeitos do processo. Destarte, quem ensina é denominado alternadamente como professor, educador, como tutor ou como mediador e, quem aprende como aluno, educando ou aprendiz. Neste estudo, privilegia-se alternadamente, as terminologias empregadas por David Ausubel (educador/aprendiz) e Paulo Freire (educador/educando), por terem sido as obras destes dois autores os referenciais teóricos predominantemente adotados.

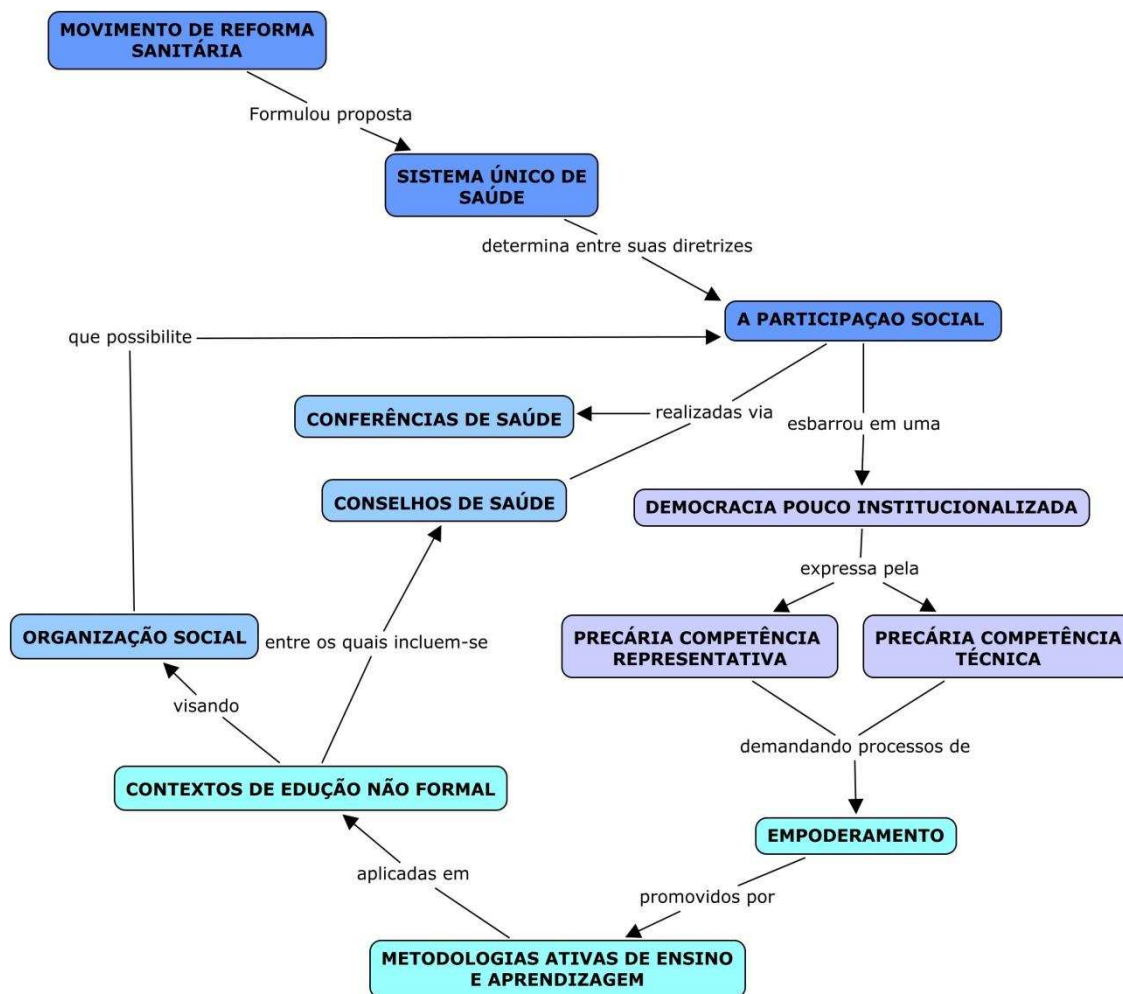


Figura 1 - Mapa conceitual do estudo “Análise do perfil técnico, representativo e do potencial das estratégias inovadoras de ensino e aprendizagem no desenvolvimento de competências para a participação social no contexto do Sistema Único de Saúde”.

2. JUSTIFICATIVA

2.1. O contexto de desenvolvimento da pesquisa

O SUS tem sido reconhecido como uma política pública construída pelos movimentos sociais que lutaram pela democracia (PAIM, 2008).

Paradoxalmente, na prática, o sistema ainda é uma “obra inacabada” (CARVALHO, 2013, p. 11) que dentre vários desafios a serem superados, está à efetiva participação da sociedade civil.

As limitadas competências técnica e representativa destacam-se de entre os fatores limitantes à participação social na formulação de estratégias de operacionalização das políticas de saúde e no controle de execução das mesmas.

Destarte, vislumbra-se um contexto no qual a precária competência representativa tem se expressado na dificuldade dos conselheiros de perceber, compreender, articular e compatibilizar - dentro de um ambiente deliberativo de igualdade de oportunidades e pluralidade de idéias - os interesses das bases de origem com os interesses gerais da população, fazendo prevalecer proposições individuais, privadas e, ou, corporativas em detrimento de proposições consensuais em prol da coletividade (BATISTA et al., 2010; COTTA et al., 2010; PAIM, 2008; CARVALHO, 2007; LUBAMBO; COUTINHO, 2004; LABRA, 2002; LABRA; FIGUEREDO, 2002).

Nos conselhos de saúde estão presentes diversos segmentos (usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço), com diferentes interesses (públicos, privados, corporativos, coletivos, individuais). A participação neste colegiado deveria ser vista como uma ação de relevância pública, na qual os representantes dos diferentes segmentos, em condições de igualdade de poder, deveriam defender os interesses coletivos públicos e não os interesses corporativos (CARVALHO, 2007).

Não obstante, tem prevalecido uma cultura democrática em que os indivíduos agem mais em prol dos benefícios particulares que espera extrair do sistema político do que pelos interesses coletivos (BATISTA et al., 2010; CARVALHO, 2007; JUSTINO FILHO, 2007).

Além desta “revanche de interesses”⁵ particulares, em um contexto permanente de disputa pelo poder, a representatividade da sociedade civil também vem sendo

⁵ Interpreta-se que esta defesa de interesses particulares faz parte daquele processo típico da democracia real, que Bobbio (1986, p. 24) nomeou como “revanche de interesses”. Neste processo, frequentemente, os representantes, ao

comprometida por meio de estratégias adotadas pelo Estado interessado em conservar o poder centralizado.

Demo (1993) aponta quatro estratégias de subtração do poder das lideranças representativas, a saber: a) a cooptação, por meio de fórmulas assistencialistas, onde se doa alguns bens, para não se doar o poder; b) o esvaziamento do poder, sobretudo quando a liderança parece competente para ocupar espaço próprio através da negação de recursos ou audiência, da produção de difamação, da provocação de dissidências internas e externas, fazendo-o parecer incapaz; c) a promoção para demover a liderança representativa, no sentido de colocar ideias de carreira política que os leva a deixar de lado o confronto com os atuais detentores do poder; e d) a contratação do líder, tornando funcionário público levando a perda da condição de civil, própria para a associação e controle social.

Outro fator que tem comprometido a competência representativa dos conselheiros, diz respeito à transgressão dos princípios da igualdade de oportunidade e da isonomia por meio do descumprimento da paridade e da distribuição do poder, entre representantes da sociedade civil e demais segmentos (CARVALHO, 2007). Neste sentido, estudos têm evidenciado que a paridade entre a sociedade civil e o Estado, embora prevista na legislação, não tem acontecido na prática (CARVALHO, 2007; LABRA; FIGUEREDO, 2002; LUCHMAMN, 2002).

Do lado do segmento dos usuários, ao qual a legislação assegura 50% das vagas do conselho, evidenciam ser comum a ocorrência de infiltração de membros dos segmentos dos profissionais de saúde, de prestadores de serviços e até mesmo de membros do executivo (CARVALHO, 2007; LABRA, 2002; LUCHMAMN, 2002).

De acordo com Labra e Figueredo (2002) como a denominação “usuário” é vaga, não são raras as “falsificações” na representação que têm efeitos negativos, tanto em termos da democracia interna quanto em relação à legitimidade do Conselho de Saúde.

Ainda em relação a estas falsas representações, Carvalho (2007) analisa que a infiltração de um segmento dentro dos demais, automaticamente tem levado a perda da independência das partes e, conseqüentemente, da paridade.

No que tange aos 50% das vagas que devem ser preenchidas em conjunto pelos profissionais da saúde, governo e prestadores de serviços, Carvalho (2007) afirma que

invés representarem os interesses da nação, assumem uma postura de típica de um mandato imperativo ou orgânico, representando, predominantemente, interesses de grupos particulares.

há desproporcionalidade na representação, que privilegia o segmento dos trabalhadores da saúde. Segundo este autor, esta desproporcionalidade foi gerada, inclusive, pela interpretação jurídica do princípio pelos próprios conselheiros presentes na IX Conferência Nacional de Saúde e, consolidada na Resolução n.º. 33/1992 do Conselho Nacional de Saúde⁶.

Ainda segundo Carvalho (2007), ao se estabelecer uma relação paritária entre usuários e demais segmentos interpretou-se, equivocadamente, que no lado oposto aos usuários, 25% das vagas deveriam ficar a encargo dos profissionais de saúde e os outros 25% aos prestadores e governo, gerando uma desproporcionalidade indevida, conforme se destaca a seguir:

No meu entender esta defesa que os trabalhadores de saúde fazem da obrigatoriedade da participação de 25% da metade reservada ao Governo e Prestadores, é totalmente ilegal. E, se legal fosse, tenho certeza absoluta, seria uma defesa imoral e anti-ética. A Lei é clara: metade usuários e a outra metade, governo, prestadores e profissionais. A Lei, ao definir apenas que o percentual entre uma metade e outra devesse ser de 50%, automaticamente definiu que as três partes envolvidas nos outros 50% devessem ter participação igual, sem nenhuma discriminação hedionda. Ao não definir o detalhe da divisão entre as três partes, dá por entendido que cada uma das partes deverá ter parte igual. Ou seja: 33,33% para cada um dos três segmentos (CARVALHO, 2007, p. 80).

Corroborando esta análise, Labra e Figueredo (2002) inferem que ainda é necessária a busca de mecanismos para alcançar uma paridade igualitária entre os segmentos, bem como a idoneidade dos representantes.

Luchmann (2002), a partir de uma abordagem histórica de constituição da regra da paridade, questiona a própria regra. Para esta autora, a paridade numérica não implica em paridade política, e revela uma perspectiva maniqueísta nas concepções acerca da sociedade civil e do Estado. Nesta perspectiva, prevalece uma compreensão homogeneizadora da sociedade civil que desconsidera a sua fragmentação, heterogeneidade e desigualdade de poder (LUCHMAMN, 2002).

Neste sentido, Mendes (2006) ressalta que mesmo com representação numérica igual, o Estado tem apresentado maior “poder de fogo” do que a sociedade civil; os empresários têm apresentado mais força e capacidade de pressão do que os trabalhadores, e a representatividade dos setores comunitários tem se dado sem contornos sólidos.

⁶ Em 2003 foi promulgada a Resolução n.º 333/03 posteriormente revogada pela Resolução n.º 453/12, ambas mantiveram a determinação legal de que 50% dos membros do conselho de saúde devem pertencer a entidades representantes dos usuários; 25% dos trabalhadores da saúde e, 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2003).

O “poder de fogo” desigual do Estado, inclusive, encontra mais munição na própria legislação, pois a Lei n.º 8.142/90 condiciona o cumprimento das deliberações do conselho à homologação do Estado⁷. Sob esta questão Correia (2000) analisa que

a lei, ao mesmo tempo em que garante o caráter deliberativo do conselho, aumentando o seu poder e, conseqüentemente, o da sociedade nele representada, restringe tal poder a “permissão” do dirigente do SUS, pois submete as decisões nele tomadas a homologação do chefe de poder legalmente constituído (CORREIA, 2000, p. 67).

Para Luchmann (2002), os vetos governamentais, o uso de mecanismos de obstrução e, a não homologação das resoluções dos conselhos estão entre os fatores que comprometem a representatividade.

Corroborando esta análise, Carvalho (2007) relaciona entre várias dificuldades sérias enfrentadas pelos conselhos enquadraram-se o desrespeito às decisões e a não homologação por parte do poder executivo das deliberações do conselho.

Ainda em relação à apresentação de fatores que comprometem a competência representativa dos conselheiros, destaca-se o problema do distanciamento dos representantes com suas bases de origem.

De acordo com Demo (1993), é difícil encontrar um líder eleito que represente a comunidade por delegação expressa e ordenada, e mais difícil ainda, encontrar a comunidade que exija de seus representantes periódicas prestações de contas, e compreenda a necessidade de instituir rodízio no poder como forma de evitar a perpetuação representativa e o desligamento das bases.

Este cenário ainda é marcado pela fragilidade política de algumas entidades representadas; pela falta de organicidade entre representantes e representados e; por uma desarticulação dos segmentos na defesa de projetos comuns (CORREIA, 2000).

Cotta et al. (2010) inferem que para uma maior representatividade, os conselheiros ao serem informados sobre o tema da reunião da plenária deveriam promover um debate prévio com os segmentos que representam para tirar uma posição coletiva que deve ser por eles defendidas na plenária. Deveriam ainda retornar ao seu segmento e prestar contas do que foi aprovado ou não. Segundo esta autora, tal postura não tem sido comum na prática dos conselheiros.

⁷ Conforme enunciado no §2.º do artigo 1.º “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (BRASIL, 1990b).

Para Labra (2002), é necessário repensar o processo democrático como um todo, necessitando de transformações nas “regras do jogo”, destinadas a assegurar a representação e a participação política dos cidadãos.

A dimensão técnica tem sido ainda mais ressaltada como comprometedora do desempenho dos conselheiros. Tanto os discursos oficiais quanto as análises científicas apontam, recorrentemente, a limitada competência técnica de conselheiros como um dos principais obstáculos à participação social, principalmente, no que tange ao controle dos mecanismos de financiamento e gastos públicos (COTTA, 2010; COTTA et al., 2009; PAIM, 2008; SANTOS, 2008; MARTINS et al., 2008; CORREIA, 2000).

Esta incipiente competência técnica tem se expressado na falta de conhecimento, pontual ou concomitante, relativos: a) aos princípios e diretrizes basilares do sistema de saúde; b) aos instrumentos normativos; c) aos mecanismos de gestão, financiamento e operacionalização do SUS; d) às instâncias e procedimentos de controle social; e e) ao papel dos conselheiros e à realidade em que atuam (COTTA, 2010; COTTA et al., 2009; MARTINS et al., 2008; PAIM, 2008; SANTOS, 2008; TATAGIBA, 2005; CORREIA, 2000 e 2005).

Para Tatagiba (2005), a desqualificação dos conselheiros para o exercício de suas funções tem representado um dos principais constrangimentos à existência de uma relação mais simétrica entre Estado e sociedade.

Segundo Carvalho (2007), a incipiente competência técnica não tem se limitado somente ao segmento dos usuários, abrangendo igualmente os segmentos de profissionais de saúde, dos prestadores de serviços e dos representantes do governo.

2.2. A relevância da temática do estudo proposto

O contexto acima assinalado retrata parcialmente aquilo que Soares (2006) denominou de “democracia incompleta”, ao referir-se a um contexto no qual, depois de transcorridos mais de duas décadas do processo de redemocratização no Brasil, a mesma ainda não se encontra em condições de se realizar em plenitude.

Segundo este autor, a incompletude da democracia nacional é decorrente de dois fatores: a falta de federalismo⁸ e; o predomínio do poder do Estado sobre a sociedade.

⁸ Soares (2006) caracteriza a ausência de federalismo como situação na qual o Governo Federal concentra muitos poderes, não concedendo aos Estados e Municípios autonomia, nem recursos suficientes.

Sendo que este último fator é assumido como “o maior dos desafios” por estar diretamente associado ao exercício da cidadania que, por sua vez, requer a existência de uma sociedade civil forte, visto que “democracia sem Sociedade Civil forte, não é plenamente democracia” (SOARES, 2006).

Para Soares (2006), a condição necessária para a o exercício da cidadania e a existência de uma sociedade civil forte reside na possibilidade de os indivíduos se associarem livremente em grupos de interesse, auto organizados e independentes do governo. Esta forma de associação depende de um bom nível de informação, clareza dos objetivos e consciência dos interesses do grupo (SOARES, 2006).

Tais atributos somente são possíveis de serem alcançados por meio de um processo educativo de caráter problematizador capaz de promover o exercício da cidadania por meio da inserção lúcida do indivíduo na sua realidade, na situação histórica que a gerou, levando-o à crítica da mesma e ao ímpeto de transformá-la (FREIRE, 1987).

Para tanto, é necessário que se apropriem da situação vivida como uma condição histórica resultante da forma de como atuam sobre a mesma e, por isto motivo, capaz de ser transformada por eles, “o fatalismo cede, então, seu lugar ao ímpeto de transformação e de busca, de que os homens se sentem sujeitos” (FREIRE, 1987, p. 43).

Esta dimensão histórica da realidade só é possível quando o ato educativo se dá em referência a esta realidade, que é a sua práxis trazida à tona por meio de metodologias ativas de ensino e aprendizagem.

Segundo Freire (1987), o ponto de partida deste processo educativo reside sempre na situação em que se encontram imersos, emersos ou insertados. Somente a partir da percepção desta situação, é que podem mover-se e, para fazê-lo, autenticamente, é necessário, inclusive, que a situação em que estão não lhes apareça como algo fatal e intransponível, mas como uma situação desafiadora, que apenas os limita.

Esta perspectiva de educação vai ao encontro de uma postura crítico-reflexiva e propositiva que se espera nos conselheiros de saúde no exercício de suas atribuições e, conforme assinalado anteriormente têm sido apontada, tanto por pesquisadores quanto pelos próprios conselheiros, como a via possível para que os Conselhos de Saúde possam se constituir em grupos autônomos e eficientes na defesa dos interesses

coletivos, representando uma sociedade civil forte no sentido definido por Soares (2006).

Não obstante, depreende-se que o uso de técnicas participativas de ensino-aprendizagem deve ser precedido da compreensão de que as mesmas devem ser um meio para a aprendizagem e nunca um fim si mesma (NOGUERO, 2007).

Para evitar tal equívoco, é elementar apropriar-se dos fundamentos teóricos que subsidiam estas técnicas ativas de ensino e aprendizagem, assim como, das condições propícias para o aproveitamento máximo de todo o seu potencial pedagógico⁹. Enaltecer as técnicas pedagógicas sem o domínio destas duas dimensões se constitui um ato contraditório na medida em representa a assunção de uma postura de alienação a qual que se pretende combater ao adotá-las.

Em síntese, a relevância do tema desta pesquisa reside na compreensão de que não é possível lograr plenitude do sistema democrático sem uma sociedade civil forte, e a existência de mesma demanda um processo educativo apto a promover o exercício da cidadania que, para tanto, deve ser consoante a realidade vivenciada pelos indivíduos, e mediado por técnicas ativas de ensino e aprendizagem, adotadas de forma consciente em relação a sua fundamentação teórica e fatores dependentes.

⁹ De acordo com Gage (1964 citado por AUSUBEL et al., 1980), é necessário considerar tanto as teorias da aprendizagem que lidam com os meios pelos quais o organismo aprende, quanto com as teorias educacionais que se preocupam com a forma pelo qual uma pessoa influencia um organismo a aprender. Para Ausubel (1980, p. 13), “é perda de tempo e esforço pesquisar métodos de ensino mais eficientes que possam ser descritos somente em termos de características do ato de ensinar e não possam ser relacionados às leis da aprendizagem”.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Este estudo possui o duplo objetivo: avaliar o perfil técnico e representativo de conselheiros municipais de saúde e; o potencial das metodologias ativas de ensino e aprendizagem na formação de competências necessárias a participação social no âmbito do Sistema Único de Saúde.

3.2. Objetivos específicos

- Compreender a dinâmica de atuação do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, Minas Gerais, observando-se os aspectos estruturais, operacionais e relacionais;
- Conhecer o perfil técnico e representativo dos Conselheiros de Saúde buscando identificar domínio de informações e a noção acerca do conceito de representação que orientam a prática conselhistas (Artigos 1 e 2);
- Planejar e implementar um Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde adotando-se metodologias ativas de ensino e aprendizagem (programa em anexo);
- Desenvolver material de apoio didático que possa auxiliar na educação permanente de Conselheiros de Saúde;
- Avaliar o potencial do Mapa Conceitual na formação de Conselheiros de Saúde (Artigos 3 e 4).

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Trajetória histórica da noção de participação social nas políticas públicas de saúde no Brasil

O conceito de participação social tem um percurso de análise inaugurado no âmbito das ciências sociais, marcadamente ligado a teoria social moderna e aos estudos sobre democracia. É consenso entre os cientistas sociais que o termo participação social adquire diferentes sentidos condicionados as mudanças na configuração socioeconômica, política e cultural (TEIXEIRA et al., 2009).

No Brasil, esse termo passou a ter maior centralidade tanto na agenda pública quanto governamental, a partir do processo histórico de redemocratização do país que resultou no reconhecimento legal da participação popular na Constituição Federal de 1988 – denominada Constituição Cidadã (COTTA et al., 1998), e diversos outros ordenamentos legais, entre eles a LOS que dispõem sobre a organização, financiamento e participação social no SUS.

Transcorreram quase 100 anos de história, com muitos conflitos e embates, para que a expressão participação social alcançasse a conotação hoje predominante na saúde conforme se demonstra a seguir (BAPTISTA, 2007).

Nas primeiras décadas do século XIX, em função de interesses econômicos as ações de saúde pública se caracterizavam por uma série de medidas autoritárias voltadas o controle de endemias nas áreas de produção e exportação tais como, a desinfecção domiciliar, a vacinação obrigatória e a instituição de uma polícia sanitária que tinha, entre outras funções, a tarefa de identificar doentes e submetê-los a quarentena e ao tratamento. Este conjunto de medidas ficou conhecido como Movimento Sanitarista Campanhista (BAPTISTA, 2007).

Em relação à primeira fase deste movimento, não se identifica na literatura qualquer menção acerca da participação da sociedade civil em relação a políticas de saúde que, inclusive, via com desconfiança e temor as campanhas sanitaristas impositivas e postas em prática pela policia sanitária instituídas pelo governo, resultando num movimento de resistência popular que ficou conhecido como “revolta da vacina”, ocorrido em 1904.

Na década de 20, o movimento sanitaria no Brasil, por influência norte-americana, assumiu novos contornos. Conforme relata Lins (1990), nos Estados Unidos da América, no início do séc. XX, houve um processo de urbanização, com o

crescimento das cidades norte americanas, esse crescimento foi também acompanhado por um aumento da pobreza, crimes e prevalência de doenças nos bairros populares.

Surgiu daí a ideia de se formar Centros de Saúde enquanto instituições que deveriam fornecer, promover e coordenar os serviços médicos e sociais relativos a cada realidade local específica, privilegiando ações de caráter preventivo realizadas por meio da educação sanitária. O professor Geraldo Horácio de Paula Souza, um brasileiro formado na primeira Escola de Saúde Pública dos Estados Unidos, quando voltou para o Brasil, tornou-se responsável pela fundação do Instituto de Higiene da Faculdade de São Paulo e pela reorganização do serviço sanitário de São Paulo, criando em 1925, as Inspetorias de Educação Sanitária e os Centros de Saúde, nos mesmos moldes de seu país de origem.

Nos centros de saúde, as ações de saúde apresentavam um caráter de assistência social comunitária dirigida à população mais carente e com maiores riscos sócio sanitários. Estas ações se caracterizavam pela transmissão de conhecimentos que estimulassem o autocuidado, a solidariedade e o coletivismo. Mesmo tenha sido extinta a polícia sanitária, a institucionalização dos Centros de Saúde, não reduziu a centralização das decisões relativas às questões de saúde por parte do Estado; cabendo a população apenas acatar a orientação dos agentes sanitários, se informando e cuidando adequadamente de seu corpo (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

Neste contexto, situa-se o conceito de participação social como participação comunitária, em um sentido mais instrumental associado a ideia de autocuidado e co-responsabilidade da comunidade na promoção da saúde, implicando a adesão e papel ativo de indivíduos em programas e serviços de saúde (VIANA et al., 2009).

A “Era Vargas” (1930 a 1945) inaugurou uma série de medidas de proteção social ao trabalhador que atrelavam parte das ações de saúde a previdência social, com atenção prioritária para esta última. Tais medidas resultaram da entrada da classe operária no cenário político da sociedade exigindo seu reconhecimento tanto por parte do empresariado, quanto por parte do Estado (CORREIA, 2005).

Não obstante, a política de proteção ao trabalhador implantada em resposta as pressões dos trabalhadores, possuía caráter regulatório e discriminatório, porque estabelecia um modelo de proteção social que ofertava, de acordo com a categoria de trabalhador, direitos previdenciários e assistência médica não universal e diferenciada (FLEURY, 2009; REIS, 2007; BAPTISTA, 2007; COTTA et al., 1998).

Ademais, prevalecia naquele momento uma concepção restrita de saúde e, por consequência, a política de saúde instituída era fragmentada, ofertando uma assistência médica individual e de caráter curativo como parte dos benefícios trabalhistas no âmbito do sistema previdenciário. Naquele contexto, as ações de caráter preventivo ficavam a encargo do Ministério da Educação e Saúde (COTTA et al.,1988).

No período republicano inaugurado de 1946, a expansão deste sistema de seguro social discriminatório, permaneceu fazendo o jogo político de intercâmbio de benefícios por legitimação dos governantes e implicou no aprofundamento da crise financeira e de administração do sistema previdenciário (FLEURY, 2009).

Foi um período marcado pela centralização decisória, em que prevalecia um tipo de participação limitada e discriminatória dos trabalhadores e no qual o acesso às políticas de proteção social estava condicionado à contribuição previdenciária, resultando no que Santos (1979) denominou de “cidadania regulada”, isto é, era considerado cidadão apenas o trabalhador que possuía vínculo formal de trabalho.

No período de ditadura militar, entre 1964 a 1985¹⁰, aumentou-se a ênfase no modelo de assistência médica curativa individual terceirizada levando a um incremento dos investimentos públicos no setor privado, que teve um crescimento progressivo e substancial (COTTA et al., 1988).

Embora tenha ocorrido uma ampliação da cobertura previdenciária, a política de saúde manteve-se subordinada ao sistema de previdência social, e com mesmo caráter excludente de oferta de serviços apenas para aqueles que comprovavam o vínculo trabalhista via apresentação da Carteira de Trabalho ou carnê de contribuição previdenciária quando procuravam os hospitais ou qualquer outro tipo de assistência médica (BAPTISTA, 2007).

Como é característico de um regime ditatorial, intensificou-se a centralização e concentração do poder em mãos da tecnocracia com a retirada dos trabalhadores do jogo político.

Ao final da década de 70, iniciou-se o processo de resistência à ditadura e ao modelo de sanitário vigente e com o objetivando de conquista de um Estado democrático. Segundo Fleury (2009), neste processo surgiu um rico tecido social a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos,

¹⁰ O período de ditadura militar foi presidido inicialmente pelo marechal Humberto de Alencar Castelo Branco (1964 a 1967) e sucedido pelo marechal Artur da Costa e Silva entre 1967 a 1969. No mandato seguinte assumiu o posto o general Emílio Garrastazu Médici (1969 a 1974); seu sucessor, o general Ernesto Geisel, comandou o país de 1974 a 1979. O último ditador a governar o país foi o general João Batista Figueiredo (1979 a 1985).

da construção de uma frente partidária de oposição, e da organização de movimentos setoriais capazes de formular projetos de reorganização institucional, como o Movimento de Reforma Sanitária.

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em 1986, este movimento consolidou a proposta de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (COTTA et al., 2013).

Segundo Baptista (2007):

a proposta de reforma para a saúde era também uma proposta de reforma do Estado, Estado este que se havia constituído sob uma base fundada no patrimonialismo, política de clientela, centralização decisória e exclusão social em um modo de fazer política que se reproduziam não somente no âmbito de organização do setor saúde como em todos os demais setores, mas que foram explicitados no debate da saúde, talvez por ser este um setor que criticava com muito mais dureza a situação de injustiça social que se havia consolidado (BAPTISTA, 2007, p. 43).

Neste momento, percebe-se que a noção de participação popular expressa um sentido de embate ao Estado e representa o aprofundamento da crítica e a radicalização das práticas políticas de oposição ao sistema dominante. A categoria comunidade é substituída agora pela categoria povo, entendido como parcela da população excluída do acesso aos bens e serviços produzidos pela sociedade nacional (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

Segundo Viana et al. (2009), nesta perspectiva, a participação adquire um sentido positivo, como um valor em si mesmo, que estimula à ampliação da cidadania, contribui para o empoderamento dos participantes e a formação de um capital social. Tal concepção estaria fundada na crença de que a “educação para a democracia surgiria no próprio exercício democrático” (BOBBIO, 1986, p. 31).

Apesar dos avanços legais, o processo de democratização deparou-se com condicionantes conjunturais e históricos da cultura brasileira que dificultaram a efetivação da democracia participativa, dentre eles, a ausência de uma tradição organizativo-associativa vigorosa na sociedade civil e a vigência de práticas clientelistas nas relações política, revelando uma imaturidade política para a participação popular nas políticas públicas (JUSTINO FILHO, 2007).

Neste cenário, segundo Paim (2008), os espaços de participação institucionalizados foram colonizados por interesses particulares partidários, empresariais, clientelistas, corporativos, religiosos e de usuários portadores de patologias específicas. Evidenciando-se desta forma, um contexto marcado

historicamente pela ausência de uma cultura democrática no sentido assinalado por Demo (1993), isto é, um contexto onde não se constituiu uma identidade institucionalizada como valor comum, e o cultivo de direitos e deveres como ingrediente típico de todas as relações sociais, presente em todas as formas de convivência e instituições sociais e, em todas as formas de produzir e ser.

Este contexto dificultou o processo de implementação da proposta de reforma sanitária e fez emergir a discussão acerca da participação popular sob um novo prisma, agora compreendida como elemento de “boa governança”, isto é, como fator de qualificação da gestão, de maior equidade na distribuição dos recursos, de acesso aos serviços e de melhoria da atenção à saúde (VIANA et al., 2009).

Nesta perspectiva, a participação popular passou a ser compreendida como as múltiplas ações que as diferentes forças sociais necessitam desenvolver para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e, ou, serviços básicos na área social: saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico, etc. (VALLA, 1998).

Neste momento, a participação popular passou a assumir também o papel de monitoramento das ações do Estado, trazendo implicitamente a articulação da participação popular com a realização do controle social (SOUZA, 2007), concepção está ainda vigente.

4.2. Definição, princípios e características das metodologias ativas de ensino e aprendizagem

As metodologias ativas de ensino e aprendizagem são um conjunto de estratégias que valorizam a construção coletiva do conhecimento e seus diferentes saberes e cenários de aprendizagem. São também práticas que devem estimular a criatividade na construção de soluções aos problemas e promover a liberdade no processo de pensar e de agir (VILLAS BOAS, 2005).

Estas metodologias possuem caráter inovador por que além de postular uma ruptura com procedimentos didáticos tradicionais, inspirados nos princípios positivistas da ciência moderna, propõem, sobretudo, uma nova forma de pensar o ensinar e o aprender, dentro de uma perspectiva emancipatória (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

Em consonância com os princípios da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, as metodologias ativas estão voltadas para a transformação social, a conscientização de direitos e deveres do cidadão, mediante uma educação emancipadora. Dirigem-se para o desenvolvimento de uma consciência crítica caracterizada por uma postura reflexiva intencional para transformação de uma dada realidade vivenciada (FREIRE, 1987).

Compreende-se que esta perspectiva de educação vai ao encontro de uma postura crítico-reflexiva e propositiva que se espera dos conselheiros no exercício do controle social. Vai ao encontro também da concepção de que a participação da sociedade civil nas políticas públicas deve representar uma conquista derivada de um processo histórico de autopromoção e não uma concessão ou dádiva de um determinado governo. Processo em que os indivíduos se tornam efetivamente envolvidos e comprometidos (DEMO, 1993).

Para o alcance desta postura crítico-reflexiva e do aprendizado significativo, as metodologias inovadoras recorrem ao uso de técnicas participativas de ensino-aprendizagem, que se constituem segundo Noguero (2007):

Ferramentas educacionais abertas, eminentemente provocadoras de participação, reflexão e análise [...]. As técnicas participativas não têm sentido em si mesmas, são apenas um instrumento para alcançar os objetivos propostos em um dado momento (avaliar, resolver, integrar, compartilhar, desinibir, refletir, trocar) e que tem valor e utilidade para o aprendizado (NOGUERO, 2007, p. 110).

Ainda de acordo com Noguero (2007), as técnicas participativas de ensino e aprendizagem geralmente, aplicam-se a aprendizagem em grupo, promovendo a construção coletiva do saber, e por este motivo, acrescentam ao processo de ensino aprendizagem alguns objetivos implícitos, tais como: desenvolver capacidades de cooperação, troca e corresponsabilidade; desenvolver habilidades de escuta ativa e compreensiva; vencer temores e inibições; superar tensões; criar um sentimento cordial e democrático.

Destarte, promovem uma atitude positiva frente aos problemas de relações humanas, favorável a adaptação social do sujeito e ao desenvolvimento do sentimento de grupo (NOGUERO, 2007).

As metodologias ativas possuem um enfoque problematizador do processo ensino e aprendizagem, no qual se assume a construção do conhecimento como traço definidor da apropriação de informações e explicação da realidade, tomando-a como ponto de partida e chegada do processo de aprendizagem (BATISTA et al., 2010).

Bordenave (1999) ilustra a representação do processo ensino e aprendizagem por meio da problematização utilizando-se do método do arco criado por Charles Magarez¹¹ conforme exposto na Figura 2.



Fonte: <http://tccrosangelamenta.pbworks.com/PA>.

Figura 2 - Proposta de Magarez: método do arco.

De acordo com este esquema o processo de ensino começa com a exposição dos educandos a um problema real: observação da realidade. Segue-se a identificação das variáveis ou pontos-chave do problema, aqueles que, se modificados, poderiam resultar na solução do problema. Na sequência, os indivíduos devem buscar uma teorização sobre o problema por intermédio, buscando a contribuição da ciência para esclarecimento do problema. Finalizando, busca a aplicação do conhecimento as hipóteses levantadas para a solução do problema, ocorrendo uma interação entre educando e objeto de estudo, com intuito de um “diálogo transformador para ambos” (BORDENAVE, 1999, p. 42).

Destarte, na educação problematizadora parte-se do pressuposto de que constatando e conhecendo os problemas o indivíduo examina, reflete, relaciona-o a sua história, busca ativamente conhecimentos produzidos e passa a re-significar suas descobertas, podendo intervir na realidade e atuar no mundo de forma significativa e transformadora (COTTA et al., 2010).

¹¹ Charles Magarez foi instrutor de agricultores e mineradores na Argélia, que desenvolveu o chamado 'Método do Arco'.

Nesta perspectiva, trata-se de uma proposta educativa que deve conduzir a reflexão dos homens em suas relações com o mundo, e fazer com que se sintam desafiados e obrigados a responder a estes desafios, precisamente porque captam os desafios como problemas conexos uns com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado (FREIRE, 1987). A compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente crítica, por isto, cada vez mais desalienada, levando-o ao reconhecimento que engaja (FREIRE, 1987).

Segundo o filósofo e economista indiano, Amartya Kumar Sen, esta postura engajada decorre de um processo de empoderamento que amplia possibilidades de controle, pelo sujeito ou população, dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência, tornando-a plena na posse de liberdades substantivas tais como educação e saúde (SEN, 2008).

Segundo a teoria de Sen, tais liberdades substantivas são constitutivas do próprio desenvolvimento social e, privados das mesmas, os indivíduos têm a sua atuação política limitada enquanto cidadãos, estabelecendo-se uma relação cíclica que compromete o próprio desenvolvimento social.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento é concebido como a eliminação de privações de liberdades que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercer ponderadamente sua condição de cidadão (SEN, 2008).

4.3. Aprendizagem significativa e a educação como prática libertadora

De acordo com Correia, Silva e Romano Junior (2010), é necessário examinar os fundamentos teóricos que subjaz o mapeamento conceitual, pois existem evidências científicas que indicam que muitas das dificuldades observadas no uso dessa técnica devem-se à formação insuficiente dos seus utilizadores e à desvalorização da fundamentação teórica relacionada com o mapeamento conceitual.

Ressalta-se que, no esforço de fundamentação teórica deste estudo, buscou-se conjugar a teoria da aprendizagem significativa, desenvolvida por David Ausubel (1918-2008), com a pedagogia libertadora de Paulo Freire (1921-1999).

A teoria ausubeliana foi analisada, justamente, por se constituir o referencial teórico que fundamentou o desenvolvimento do Mapa Conceitual por Josef Novak e seus colaboradores. A teoria da aprendizagem significativa preocupa-se em explicar os meios pelos quais o organismo aprende (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

Por sua vez, a teoria freireana, além de preocupar-se com o processo de aprendizagem e ensino, discute a dimensão política do ato educativo, refletindo sobre o papel da educação como fator de manutenção ou transformação da sociedade.

Os referidos autores foram contemporâneos, mas não conterrâneos, e ao proceder a leitura de suas obras não se percebe um diálogo direto entre os mesmos. Não obstante, para a compreensão do objetivo proposto deste estudo, que alia a formação de competências, por meio de metodologias ativas de ensino e aprendizagem, a atuação política, percebe-se a ocorrência de uma relação de complementaridade entre estas duas perspectivas teóricas, o que motivou o esforço de revisá-las em conjunto, conforme se expõe a seguir.

A teoria da aprendizagem significativa, assim como a teoria pedagógica de Paulo Freire compõe o leque mais amplo da chamada teoria construtivista de aprendizagem. O construtivismo preconiza que, com o passar do tempo e ao longo de toda a vida, os indivíduos constroem e reconstróem o conhecimento de acordo com os seus desenvolvimentos cognitivo e intelectual, resultando em um processo constante de mudanças quantitativas e qualitativas (BRAATHEN, 2013).

Destarte, a aprendizagem é entendida “não apenas como a aquisição de novos conhecimentos, mas muito mais como a transformação de conhecimento já existente” (BRAATHEN, 2013, p. 52).

Indo ao encontro desta concepção de aprendizagem, a teoria da aprendizagem significativa, define a aprendizagem significativa como o ato de relacionar, de forma não arbitrária e substantiva (não literal), uma nova informação a outras com as quais o aprendiz já esteja familiarizado (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

Nesta perspectiva, um aspecto de notável relevância diz respeito ao conhecimento prévio que os indivíduos trazem consigo em uma dada situação de aprendizagem, pois o mesmo, além de representar a base sobre a qual será construído o novo conhecimento, é determinante sobre como será o processo de aprendizagem e o seu resultado (BRAATHEN, 2013).

A importância do conhecimento prévio dos educandos, também é destacada na Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, e encontra-se expressa na preocupação com a seleção dos “temas geradores” que irão desencadear o processo de problematização da realidade e construção do saber.

Destarte, Freire advoga que no processo pedagógico é necessário o esforço de propor aos indivíduos dimensões significativas de sua realidade, que possibilitem a

análise crítica de uma dimensão significativo- existencial e a assunção de uma nova postura, também crítica (FREIRE, 1987).

Quando não ocorre a associação entre o conhecimento prévio e a nova informação, esta última é incorporada a estrutura cognitiva do aprendiz de forma literal e arbitrária, Ausubel, Novak e Hanesian (1980) classificam esta forma de aprendizagem como mecânica.

Na abordagem freiriana, a aprendizagem mecânica, seria o resultado de uma educação “bancária”, na qual a educação restringe-se a o ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos a os homens percebidos como seres da adaptação e do ajustamento, incapazes de criar e transformar a realidade a partir do conhecimento transmitido.

Na perspectiva analítica de Braathen (2013), a aprendizagem mecânica equivaleria a um conhecimento destituído de utilidade, isto é, um conhecimento não identificado pelo aprendiz como algo relevante para compreender a realidade vivida.

Retomando a teoria ausubeliana, a aprendizagem significativa necessita do atendimento a três condições fundamentais de aprendizagem: 1) o uso de material potencialmente significativo; 2) a disposição para a aprendizagem significativa; e 3) a motivação do aprendiz (NOVAK; CAÑAS, 2008).

A primeira condicionalidade depende que o material de aprendizagem tenha um significado lógico, isto é, que possibilite uma relação não arbitrária e substantiva com idéias correspondentemente significativas que fazem parte do domínio da inteligência humana (NOVAK, 1994). De acordo com Braathen (2013), este significado lógico está associado a plausibilidade do conhecimento, sendo plausível o conhecimento que faça sentido.

A disponibilidade para aprendizagem significativa diz respeito ao seu “*esteio*”, isto é, ao conjunto de idéias relevantes já pré-existentes na estrutura cognitiva de um aprendiz em particular (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980). Este “*esteio*” ou conhecimento prévio varia de acordo com a experiência educacional anterior, com a idade, quociente de inteligência, a ocupação e condições sócio-culturais do aprendiz (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

A motivação, por sua vez, é a condição referente à escolha do aprendiz em aprender significativamente, incorporando novos significados ao seu conhecimento anterior em vez de simplesmente memorizar definições conceituais ou declarações proposicionais (NOVAK; CAÑAS, 2008).

De acordo com Ausubel, Novak e Hanesian (1980), o educador tem somente controle indireto sobre esta motivação ao optar por estratégias de ensino que propiciam ou não a relação entre novos conhecimentos e conhecimentos preexistentes.

Outro aspecto importante e peculiar a ser considerado em relação à aprendizagem significativa refere-se ao processo de interatividade que ocorre entre os elementos preexistentes da estrutura cognitiva e a nova informação, alterando a própria estrutura cognitiva. Nesta perspectiva, Ausubel, Novak e Hanesian (1980) ressaltam que é importante compreender que a

a aprendizagem significativa não significa que a nova informação forma uma espécie de elo simples com os elementos preexistentes da estrutura cognitiva. Pelo contrário, somente na aprendizagem automática ocorre uma simples ligação arbitrária e não substantiva com a estrutura cognitiva preexistente (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980, p. 48).

Diferente da aprendizagem mecânica, estes autores enfatizam que

na aprendizagem significativa, o processo de obtenção de informações produz uma modificação tanto na nova informação como no aspecto especificamente relevante da estrutura cognitiva com a qual a informação estabelece relação (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980, p. 48).

Moreira (1997) interpreta este processo interativo como próprio do caráter dinâmico da aprendizagem significativa. Segundo este autor, à medida que o conhecimento prévio serve de base para a atribuição de significados à nova informação, ele também se modifica, e a estrutura cognitiva passa por um processo de constante de reestruturação (MOREIRA, 1997).

O fenômeno da interação que ocorre entre o novo material e a estrutura cognitiva existente é denominado assimilação e, para Ausubel, Novak e Hanesian (1980), a contextualização do meio social do aluno e o aproveitamento dos seus conhecimentos prévios são fundamentais na promoção da assimilação.

Os conceitos constituem uma dimensão importante do processo de assimilação, uma vez que, a compreensão e a solução criativa dos problemas dependem amplamente da disponibilidade na estrutura cognitiva do aprendiz de conceitos.

Os conceitos são definidos como eventos, objetos, situações ou propriedades que possuam atributos essenciais comuns e que são designados por algum signo ou símbolo (NOVAK, 2002). Constituem a “matéria prima” tanto para aprendizagem receptiva significativa como para a generalização das proposições significativas para a solução de problemas (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

Por fim, destaca-se que a autonomia do ser, em consonância com os princípios construtivistas, constitui-se em um atributo ontológico da aprendizagem significativa decorrente de suas variáveis condicionantes de disponibilidade e motivação do aprendiz. Esta autonomia se expressa na capacidade de aprender a aprender (SOUZA; BORUCHOVITCH, 2010), na qual o aprendiz assume o seu papel como sujeito no processo de ensino e aprendizagem, buscando e construindo o seu próprio conhecimento (COTTA et al., 2011).

4.4. Mapa conceitual

A teoria e técnica de construção dos Mapas Conceituais foram desenvolvidas pela equipe do pesquisador do norte-americano Joseph Novak em 1972, na Universidade de Cornell a partir da necessidade de encontrar a melhor forma de representar o aprendizado conceitual de crianças no estudo de ciências básicas, configurando um estudo longitudinal de 12 anos sobre mudanças conceituais (NOVAK, 2002; NOVAK; CAÑAS, 2008).

O Mapa Conceitual é uma representação gráfica de um conjunto de conceitos relacionados entre si, na qual os conceitos aparecem dentro de caixas nos nós do grafo, enquanto que as relações entre os eles são especificadas através de frases de ligação (CICUTO; CORREA, 2012). A dois ou mais conceitos, conectados por frases de ligação, denomina-se proposição (NOVAK; CAÑAS, 2008).

As proposições têm um sentido de leitura indicado por meio de uma seta, e se constituem em estruturas fundamentais dos mapas conceituais, pois expressam a forma como os conceitos se relacionam. São afirmações sobre algum objeto ou evento no universo, seja natural ou construída. Também são identificadas unidades semânticas ou unidades de significado (NOVAK; CAÑAS, 2008).

A obrigação de incluir uma frase de ligação constitui-se no principal diferencial dos mapas conceituais em comparação com outras ferramentas de representação gráfica da informação e do conhecimento (CICUTO; CORREA, 2012). O processo de formação das proposições envolve altos níveis de desempenho cognitivo, incluindo, a capacidade de análise e a síntese do conhecimento (BLOOM, 1956 *apud* NOVAK; CAÑAS, 2008).

A Figura 3 demonstra a representação gráfica da técnica de mapeamento conceitual.

Moreira (1997) destaca que para o uso devido dos mapas conceituais algumas prerrogativas são fundamentais: a primeira refere-se à consciência de que os mapas conceituais não são auto-instrutivos, devendo ser precedidos de explicação pelo professor/tutor. A segunda ressalta que, embora possam ser usados para dar uma visão geral do tema em estudo, é preferível usá-los quando já existe certa familiaridade com o assunto, de modo que sejam potencialmente significativos e permitam a integração, reconciliação e diferenciação de significados de conceitos (MOREIRA, 1980). E a terceira prerrogativa diz respeito ao entendimento de que a aprendizagem significativa implica, necessariamente, atribuição de significados idiossincráticos, e por este motivo mapas conceituais traçados por pessoas distintas refletirão significados distintos (MOREIRA, 1980).

No contexto das instituições formais de educação, os mapas conceituais têm sido frequentemente utilizados para identificar os conhecimentos prévios dos alunos; para acompanhar o processo de mudança conceitual ao longo da instrução e para verificar a organização dos conceitos numa disciplina (CORREIA; SILVA; ROMANO JUNIOR, 2010).

Os mapas ainda têm sido destacados como ferramenta que colabora no processo de arquivamento e compartilhamento de informações; como promotor de redes de conhecimento; mediador de processos colaborativos, instrumento avaliativo e de planejamento curricular e empresarial (SOUZA; BORUCHOVITCH, 2010; NOVAK; CAÑAS, 2008; MOURA; CARVALHO, 2007).

Apesar de constada esta pluralidade de aplicações do mapa conceitual como ferramenta educativa inovadora e ativa, a literatura científica é proporcionalmente limitada em relação a sua aplicação em espaços não formais onde o processo de ensino e aprendizagem também acontece, mas em condições amplamente diversas do contexto formal de ensino e aprendizagem, como por exemplo, os Conselhos de Saúde.

5. METODOLOGIA

5.1. Caracterização do município de estudo

O Conselho Municipal de Saúde integra o sistema sanitário do município de Viçosa, Minas Gerais, situada na Zona da Mata mineira. Viçosa localiza-se entre as Serras da Mantiqueira, Serra do Caparaó e Serra da Piedade, sendo, portanto, um município de relevo montanhoso distribuído em 300,15 km², com acesso feito pelas rodovias BR-120, MG-280 e BR 356. Dista, aproximadamente, 220 km de Belo Horizonte e 980 km de Brasília (CENSUS, 2012).

O antigo povoado de povoado de Santa Rita do Turvo nasceu em 1800, resultante de um processo de fusão de colonizadores de diversas etnias que com a decadência do ciclo minerador, começaram a dispersarem-se para o interior da mata à procura de novas terras para cultivo e criação, fixando-se às margens do Rio Turvo, onde fundaram as primeiras sesmarias e propriedades rurais. Deu-se assim, origem ao pequeno núcleo populacional, embrião do atual município Viçosa, oficialmente decretado, em 1911 (CENSUS, 2012).

Em 1926, foi fundada a Escola Superior de Agricultura e Veterinária (ESAV), pelo então presidente do Brasil, Arthur da Silva Bernardes, um viçosense. No ano de 1948, a ESAV transformou-se na Universidade Rural do Estado de Minas Gerais (UREMG). Em 1969, houve sua federalização, passando a se chamar Universidade Federal de Viçosa (UFV) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA – UFV, 2013).

A partir da instalação da Universidade, a dinâmica física, social, cultural, política e econômica mudou significativamente, passando a cidade a desenvolver-se em razão da expansão dessa instituição. Vários empreendimentos na área de prestação de serviços foram criados para atender a demanda proveniente dos estudantes, servidores e professores da UFV (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS, 2013). Também a indústria da construção civil foi impulsionada pela expansão da UFV, produzindo impacto sobre os demais setores da economia local (CENSUS, 2012).

Consolidando-se a identidade de “cidade universitária” na última década foram implantadas no município mais quatro faculdades privadas.

O crescimento populacional de Viçosa tem sido marcante nas últimas décadas, e a expansão demográfica vem acompanhada por um acentuado processo de

urbanização (CENSUS, 2012). Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a sua população em 2013 era de 76.147 habitantes.

É importante ressaltar que a contagem da população local se torna muito confusa devido a flutuação gerada pela presença temporária da população universitária, hoje em torno de 15.000 estudantes (UFV, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município registrado em 2012 foi igual a 0,775, classificado como alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). O índice Gini, que mede o grau de concentração de renda no município, de acordo com dados do Censo Demográfico 2000 e da Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003, foi igual a 0,44¹² (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2003).

Na área da saúde sofre com escassez de recursos materiais e humanos nos níveis primário, secundário e terciário de Atenção a Saúde resultando em uma rede de serviços limitada e insuficiente para satisfazer a uma demanda eclética e crescente por saúde (SMS, 2010).

Hoje o sistema de saúde é composto por uma policlínica, dois hospitais filantrópicos, um centro de apoio a pessoas hipertensas e diabéticas (HIPERDIA), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Programa Viva a Vida. O município também possui 15 equipes da Estratégia de Saúde da Família (SMS, 2010).

Os hospitais são filantrópicos e ofertam serviços de média complexidade e, em alguns casos, de alta complexidade. Trabalham com atendimento de urgência e internamento hospitalar e atendem também a convênios privados. As demandas de exames e terapias especializadas ao setor público de saúde são encaminhadas a Ponte Nova, Belo Horizonte, Juiz de Fora ou Muriaé (SMS, 2010).

Em relação ao perfil epidemiológico do município, as doenças do aparelho circulatório representam 22% das doenças registradas, seguidas das doenças do aparelho respiratório (13%) e das neoplasias (12%). O atendimento anti-rábico humano lidera as doenças de notificação compulsória com 33,87%, seguidas de varicela com 29,50%, e dengue, com 22,26% dos casos (PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA - PMV,

¹² O Índice de Gini, criado pelo matemático italiano Conrado Gini, indica a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um. O valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto, isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Disponível em: <http://desafios.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2048:catid=28&Itemid=23>. Acesso em: 14 jan. 2014.

2012). As *causas mortis* registradas com maior frequência são doenças do aparelho respiratório, seguidas de doenças do aparelho respiratório e neoplasias (PMV, 2012).

A mortalidade infantil apresentou um declínio em 2008 seguido de um aumento em 2010, com índice de 17 por 1.000 nascidos vivos (PMV, 2012).

Conforme dados de diagnóstico do Plano de Saúde Municipal de 2010, Viçosa também apresenta problemas relativos à vulnerabilidade política e despreparo técnico dos gestores (SMS, 2010).

5.2. Sujeitos de estudo

O Conselho Municipal foi criado pela Lei Municipal n.º 815, de 27 de setembro de 1991, em conformidade com as disposições estabelecidas nas LOS.

Em obediência a Lei n.º 8.142/90, o Conselho Municipal de Saúde de Viçosa tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política Municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.

A composição do conselho obedece o critério de paridade disposto na Lei Municipal 2.118, de 06 de abril de 2011. É constituído por 28 membros titulares, distribuídos da seguinte forma: 14 representantes de entidades de usuários do SUS distribuídos em cinco representantes de associações de moradores; um representante de associações de portadores de necessidades especiais e de doenças crônicas; um representante de clubes e serviços ou entidades similares; três representantes de entidades filantrópicas cadastradas no Conselho Municipal de Assistência Social (CMAS), não prestadoras de serviços ao SUS; e quatro representantes de sindicatos e associações de classe (PMV, 2011).

Os 50% de vagas restantes estão distribuídas da seguinte forma: sete representantes dos trabalhadores de saúde subdivididos em: um representante dos profissionais de nível superior da Secretaria Municipal de Saúde; um representante dos profissionais de nível médio da Secretaria Municipal de Saúde; um representante dos demais servidores da Secretaria Municipal de Saúde; um representante de sindicatos de trabalhadores em saúde; dois representantes de associações de classe da área de saúde e; um representante da área de saúde da Universidade Federal de Viçosa.

Ressalta-se que o critério de distribuição das vagas dos profissionais de saúde por nível de escolaridade, constitui-se uma norma local, não prevista na Resolução n.º 453/12, que estabelece as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2012).

As sete vagas compartilhadas pelos representantes de governo e prestadores de serviços encontram-se distribuídas da seguinte maneira: dois representantes do poder executivo, entre eles, o Secretário Municipal de Saúde; um representante de serviço de saneamento ;dois representantes dos hospitais filantrópicos; e dois representantes de laboratórios locais conveniados com o SUS.

Para cada membro titular, há um membro suplente, somando-se ao todo 56 Conselheiros de Saúde.

O tempo regimental de mandato de cada conselheiros é dois anos, podendo ser reconduzido por mais dois anos. Não obstante, observou-se que 9,8% dos conselheiros estão exercendo seu mandato pela terceira vez, 5,9% pela quarta e 3,9% pela quinta e sexagésima vez consecutiva.

Em relação ao sexo, 45,1% pertencem ao sexo feminino e 54,9% ao masculino. A Tabela 1 apresenta a distribuição por faixa etária.

Tabela 1 - Faixa etária dos Conselheiros de Saúde do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, Minas Gerais, 2013

Faixa etária	Frequência	Percentual (%)
18 a 25 anos	2	3,9
26 a 35 anos	9	17,6
36 a 45 anos	7	13,7
46 a 55 anos	21	41,2
Maior que 56 anos	12	23,5
Total	51	100,0

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao grau de escolaridade, 17,6% cursaram o ensino fundamental, 19,6% o ensino médio, e 62,8% possuíam diploma de curso superior.

5.3. Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação. A pesquisa-ação é definida como uma das diferentes formas de investigação-ação, na qual há uma tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática (TRIPP, 2005).

Nesta perspectiva, fica evidenciado que a pesquisa-ação visa produzir não somente mudanças (ação), mas a compreensão dessas mudanças (pesquisa) (RICHARDSON, 2002).

Um aspecto crucial da pesquisa-ação, assinalado por Richardson (2002), diz respeito à participação das pessoas que vivem na situação pesquisada ou que podem ser afetadas pelos resultados da ação. Segundo este autor, a pesquisa-ação deve, além de melhorar a prática dos participantes, melhorar a compreensão dos mesmos sobre essa prática e a situação onde se produz a prática.

Para tanto, necessita assegurar a participação dos integrantes do processo e a organização democrática da ação, propiciando o compromisso dos participantes com a mudança. Estas duas categorias de objetivo se complementam para o alcance de uma conquista coletiva de mudança para melhor, conforme ilustra a Figura 4.

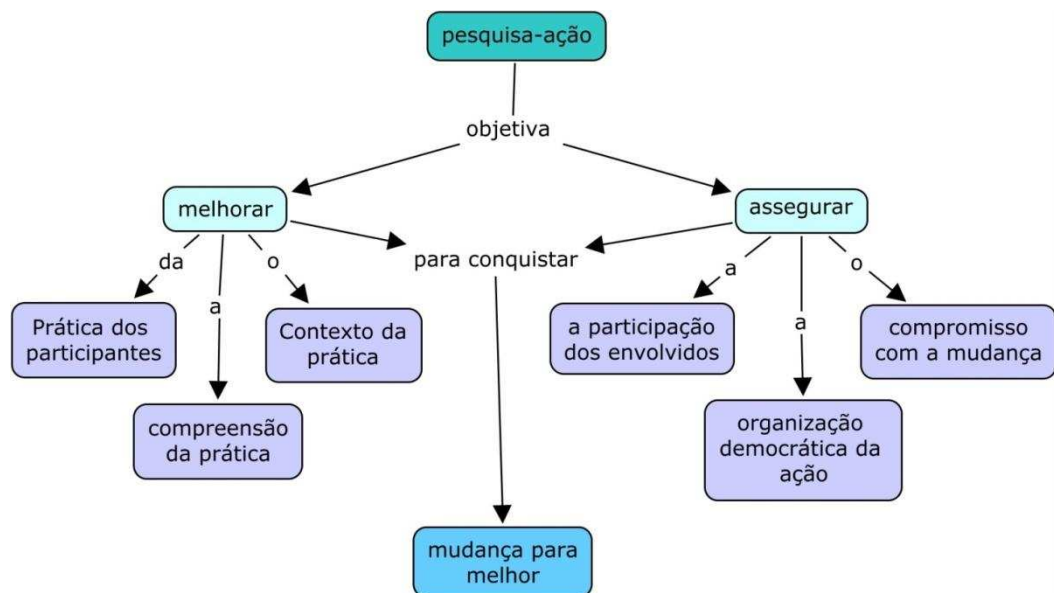
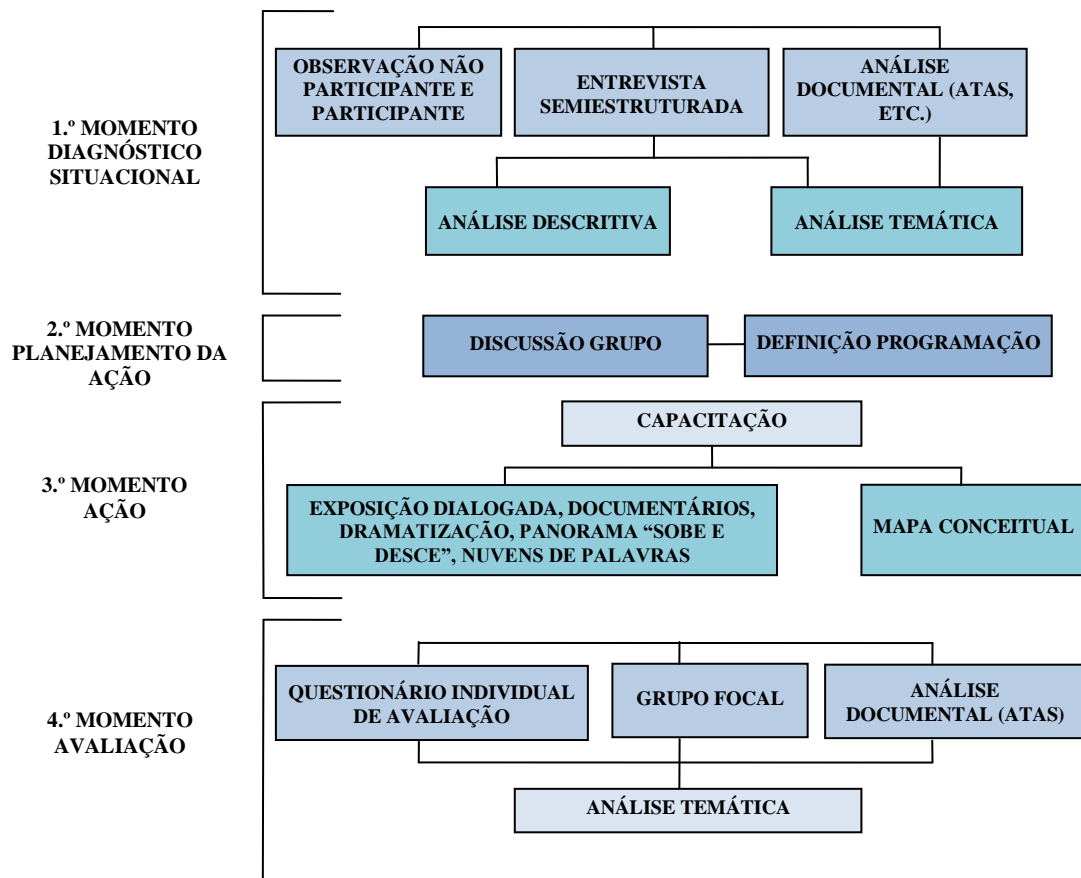


Figura 4 - Mapa conceitual sobre os objetivos da pesquisa-ação.

Neste sentido, destaca-se que o papel do pesquisador é muito importante, devendo ser mediador e facilitador de um diálogo que permita chegar a decisões quase consensuais, no qual, quanto maior a participação dos sujeitos da pesquisa, maior o compromisso com a ação planejada (RICHARDSON, 2002).

Existem diversos modelos de pesquisa-ação, quase todos coincidem na existência de pelo menos quatro momentos pesquisa (RICHARDSON, 2002). Nesta pesquisa, proceder-se-á a triangulação de diferentes procedimentos de pesquisa distribuídos também em quatro etapas, conforme discriminado na Figura 5.



Fonte: esquema de etapas adaptado de Richardson (2002).

Figura 5 - Momentos e procedimentos de pesquisa-ação.

1.º Momento (diagnóstico situacional): segundo Richardson (2002), neste momento o pesquisador busca identificar e definir o problema, estabelecendo as possibilidades de diversas ações para solucioná-lo (RICHARDSON, 2002). No caso do presente estudo, buscaram-se identificar a dinâmica de funcionamento e organização do

Conselho de Saúde, quais são as suas atribuições e quais são os obstáculos para o cumprimento das mesmas. Também se buscou diagnosticar as competências técnicas e representativas detidas pelos conselheiros de saúde.

Conforme esperado, essas questões facilitaram a compreensão da atuação do Conselho de Saúde e serviram para iniciar um processo de mudança que teve como ponto de partida a maneira de pensar e agir dos próprios conselheiros, possibilitando construir uma visão relativa e não dogmática da participação social no conselho.

Como procedimento de coleta de dados, embora não se configure como condição normativa da pesquisa-ação, em função da abrangência e complexidade da temática deste estudo, optou-se pela triangulação de diferentes procedimentos de coleta de dados. A triangulação constitui-se na combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto (MINAYO, 2005).

Destarte foram adotados os seguintes procedimentos:

Observação participante: consiste no convívio do pesquisador no *locus* da pesquisa, testemunhando a dinâmica da vida cotidiana deste lugar (CHIZZOTTI, 1992).

Nela o pesquisador torna-se parte do grupo observado e interage com mesmo, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação (QUEIROZ et al., 2007).

Em função da experiência pessoal do cotidiano, esta técnica possibilita compreender a interação e a dinâmica entre os atos e discursos dos indivíduos e, promove uma postura relativizadora, reduzindo-se as chances de interpretações etnocêntricas (CHIZZOTTI, 1992).

Contudo, de acordo Queiroz et al. (2007), a maior vantagem da técnica está relacionada com a possibilidade de se obter a informação na ocorrência espontânea do fato.

Para usufruto destas vantagens, é importante a compreensão de que a observação somente constitui-se em uma técnica científica a partir do momento em que é efetuada por meio de um processo de sistematização, planejamento e controle da objetividade, entendendo-se que “não se trata apenas de ver, mas de examinar” (QUEIROZ et al., 2007, p. 277).

A etapa de observação foi dividida em dois momentos. O primeiro decorreu no período de agosto de 2011 a fevereiro de 2012, no qual se procedeu a uma observação não participante, em que a pesquisadora acompanhava as reuniões, sem qualquer

intervenção. Esta etapa teve por objetivo a aproximação cautelosa no universo de estudo, visando à familiarização da pesquisadora, o reconhecimento mútuo de expectativas (a da pesquisadora e do grupo) e; fundamentalmente, o estabelecimento de uma relação de confiança.

O segundo momento ocorreu no período de junho de 2012 a dezembro de 2013. Nele realizou-se observação participante de fato, na qual, inclusive a pesquisadora assumiu também o mandato de Conselheira de Saúde, o que ampliou a possibilidade de aprofundar o conhecimento sobre o contexto de estudo e estreitar relações com o grupo.

Como estratégia de apoio a compreensão da realidade, paralelamente, durante este período realizaram-se as entrevistas individualizadas com os Conselheiros de Saúde, conforme descrito a seguir.

Entrevistas semi-estruturadas: trata-se de uma conversação face à face, conduzida de maneira metódica por meio de um roteiro prévio de tópicos a serem abordados (LAKATOS, 1985).

A entrevista semi-estruturada constitui-se em uma técnica privilegiada para o tema em estudo, pois além de possibilitar a expressão de condições estruturais de sistemas de valores, de normas e símbolos, possui um caráter processual que permite a introdução novas questões necessárias a captação do real, e que podem emergir momento do dialogo e interação entre entrevistador e entrevistado (MINAYO, 1994).

Seguindo-se roteiro de entrevista (Anexo A), durante o período de abril a junho de 2012, entrevistou-se 51 conselheiros de um total de 56. Dois conselheiros não atenderam as inúmeras tentativas de contatos para agendamento da entrevista e três alegaram terem solicitado desligamento formal do conselho no período de estudo.

O conteúdo das entrevistas foi transcrito totalizando, 150 horas de transcrição, executada de junho a outubro de 2012.

Procedeu-se uma análise quanti-qualitativa dos dados entrevista. Na dimensão qualitativa privilegiou-se a análise dos dados referentes a competência representativa, por meio da técnica de análise temática conforme preconizada por Bardin (2002).

Esta técnica consiste “em descobrir os núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 2000, p. 105).

A análise temática obedeceu às seguintes etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Os resultados

decorrentes desta análise temática estão discriminados e discutidos no primeiro artigo original apresentado no corpo desta tese.

A análise quantitativa explorou os dados relativos à investigação da competência técnica dos Conselheiros de Saúde, por meio da análise descritiva, e utilizando-se o software Epi Info Versão 7 planilha do Excell 2010. Os resultados desta análise foram apresentados no segundo artigo.

Análise documental: A análise documental constitui-se em uma técnica de investigação que investiga fontes que ainda não sofreram tratamento analítico, sendo as mesmas representadas por documentos autênticos, denominados documentos de primeira mão ou fontes primárias (GIL, 2010).

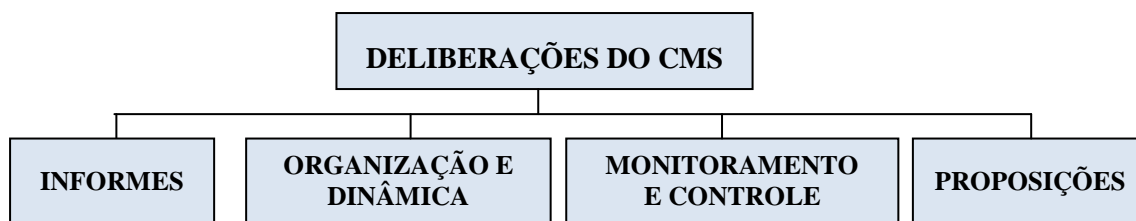
De acordo com Cellard (2008), a análise documental possui uma dimensão temporal por possibilitar que se opere um corte longitudinal que favorece a observação de um processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos e práticas.

No presente estudo foram analisadas as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do Conselho Municipal de Saúde. As atas das reuniões constituem-se no documento que registra o momento oficial de deliberação acerca da política de saúde. No plenário das reuniões os conselheiros têm a oportunidade de interagir, discutir, negociar, disputar e votar as matérias referentes ao sistema de saúde (CORREIA, 2005).

Destarte, a presença ativa ou não dos conselheiros, e as propostas aprovadas registradas em ata expressam, em última instância, as suas competências representativa e técnica.

As deliberações contidas nas atas foram distribuídas em quatro categorias de análise, a saber: 1) Informes; 2) Organização e Dinâmica Interna; 3) Monitoramento e Controle das Políticas de Saúde; e 4) Proposições. A Figura 6 representa esta categorização.

Também foi realizada análise descritiva da situação das atas em relação à apreciação e aprovação pelo plenário, levantando-se o número de atas que foram aprovadas ou não.



Fonte: Elaboração própria.

Figura 6 - Categorias da análise temática das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, Minas Gerais, 2014.

De forma complementar, por meio de consulta ao livro de registro de presença, foi efetuado levantamento sobre a assiduidade dos segmentos representativos nas reuniões do plenário durante o período de agosto de 2011 a julho de 2012. Nesta análise foram computadas como faltas do segmento, somente quando houve à ausência do conselheiro titular e suplente, simultaneamente, visto que na presença de um deles, a representação por segmento está assegurada.

Ademais, realizou-se análise documental do Regimento Interno, do Plano Municipal de Saúde, do Relatório Anual de Gestão, e das LOS. Os conteúdos destes instrumentos técnico e normativos serviram de critério de avaliação da competência técnica dos conselheiros cujos resultados foram apresentados e discutidos no artigo original “A informação como princípio fundamental para a formação de competências técnicas ao exercício da participação e controle social no Sistema Único de Saúde: desafios estratégicos”.

2.º Momento (planejamento da ação): segundo Richardson (2002), esta é a etapa em que se analisa juntamente com o grupo envolvido, diversas possibilidades de ações que contribuam à solução do problema. Para o autor, neste momento o grupo deve desenvolver uma boa compreensão dos objetivos, interesses e possíveis obstáculos a enfrentar para a mudança que se deseja realizar, discutindo-se diversas possibilidades de atuação, seus objetivo, metas e efeitos.

No caso do presente estudo, a etapa de planejamento ocorreu no período de novembro de 2012 a fevereiro de 2013. Para execução desta etapa, por deliberação do conselho em reunião ordinária, restituiu-se a Comissão Temporária de Recursos Humanos, que mediante apresentação e discussão dos dados provenientes da etapa de diagnóstico, juntamente com a pesquisadora discutiu, analisou e definiu objetivos,

temas e procedimentos do Curso de Formação de Conselheiros de Saúde, resultando em uma programação (Anexo B) que foi previamente apresentada aos demais conselheiros.

Foram realizados quatro encontros para treinamento da equipe de apoio, constituída por servidores da Secretaria Municipal de Saúde, estagiários e Conselheiros de Saúde membros da Comissão Temporária de Recursos Humanos.

3.º Momento (ação): etapa de caráter intervencionista, na qual, dentro de um ambiente de confiança mútua, busca-se mobilizar, conscientizar e sensibilizar os membros do grupo no sentido de uma responsabilidade compartilhada para transformação almejada da prática (RICHARDSON, 2002).

Neste momento, foi implementado o Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde. O curso ocorreu nos dias 02, 03 e 09 de março de 2012 e teve uma carga horária de 20 horas. No decorrer do curso conjugaram-se diversas técnicas inovadoras que integram as metodologias ativas de ensino e aprendizagem, a saber: exposições dialogadas, documentários, dramatização, panorama “sobe e desce”, “nuvens de palavra”, “árvore das soluções” e mapa conceitual.

Destarte, durante os três dias de capacitação, dentro de um ambiente participativo, amistoso e dinâmico, os conselheiros tiveram a oportunidade de debater e trocar informações sobre a organização e o funcionamento do SUS , assim como, sobre a própria organização e atuação do Conselho Municipal de Saúde.

Estiveram presentes no evento autoridades da administração pública e acadêmica, os conselheiros que compõem o atual mandato, cidadãos e cidadãs vinculados a entidades com potencial para vir a compor o conselho em um futuro mandato e estudantes da área da saúde da UFV (Fotos 1 e 2).

As refeições servidas no local proporcionaram um momento a mais de integração e trocas de experiências entre os participantes (Fotos 3 e 4).

Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4



Exposições dialogadas: Essa técnica caracteriza-se pela exposição de conteúdos com a participação ativa dos aprendizes, considerando o conhecimento prévio dos mesmos, na qual o professor/tutor assume o papel de mediador, para que os sujeitos envolvidos questionem, interpretem e discutam o tema de estudo. Para tanto, é necessário que o professor/tutor contextualize o tema de estudo e traga para discussão material potencial significativo, de modo a mobilizar as estruturas cognitivas do aprendiz para que este articule informações que já traz consigo com as que serão apresentadas (AUSUBEL; NOVAK; HANESIAN, 1980).

Assim procedendo, assume-se uma postura dialógica por excelência, na qual os conteúdos trabalhados não são “depositados”, mas organizados e apresentados com o intuito de instigar a reflexão e criatividade dos sujeitos envolvidos no processo educativo (FREIRE, 1987, p. 102).

Neste estudo, com o intuito de assegurar o caráter dialógico do processo educativo, os temas inclusos na programação, previamente definidos pela Comissão Temporária de Recursos Humanos, a partir das demandas manifestas pelos conselheiros durante as entrevistas e nas reuniões dos conselhos, foram discutidos com cada um dos colaboradores (palestrantes, diretores e atores).

Destarte, durante o curso assegurou-se espaço para questionamentos, críticas, discussões e reflexões, conforme ilustrado nas Fotos 5, 6, 7 e 8.

Foto 5



Foto 6



Foto 7



Foto 8



Documentários: o documentário é um gênero audiovisual utilizado como registro dos acontecimentos e forma de expressão da sociedade e (ZANDONADE; FAGUNDES, 2003). Alguns fatores presentes no documentário facilitam a compreensão dos espectadores, com o detalhamento e contextualização dos fatos evidenciados (SAMPAIO, 1971).

Existem evidências científicas de que esse gênero midiático pode desenvolver uma visão crítica dos membros de uma determinada comunidade, promovendo a participação ativa nas decisões sociais que os envolvem (ZANDONADE; FAGUNDES, 2003).

Na capacitação foram exibidos dois breves episódios de um documentário produzido pela TV Cultura, intitulado “*Você Pode. Você Faz*”. Ambos abordavam o tema da democracia e cidadania e retratavam momentos históricos nos quais o protagonismo coletivo transformou a realidade vivida pela sociedade brasileira.

Dramatização teatral: extrapolando os propósitos mais conhecidos pelo senso comum de apreciação artística e/ou entretenimento, existe uma modalidade teatral, denominada Teatro do oprimido que, por meio da prática de jogos, exercícios e técnicas teatrais, procura estimular a discussão e a problematização de questões do cotidiano, com o objetivo de fornecer uma maior reflexão das relações de poder, através da exploração de histórias entre opressor e oprimido (BOAL, 1977).

O método Teatro do Oprimido, que alia o teatro à ação social foi fundado, no início dos anos 70 pelo teórico, dramaturgo e diretor de teatro Augusto Boal, cujo propósito era usar a arte como instrumento de transformação (RIBEIRO; RIBEIRO, s.d.).

Destarte, o Teatro do Oprimido ao apresentar temas para a discussão coletiva que envolve a população no debate das questões públicas visa estimular a criatividade e a capacidade da mesma, de propor alternativas para as questões do cotidiano (RIBEIRO; RIBEIRO, s.d.).

No decorrer da capacitação foram apresentadas duas dramatizações teatrais com os propósitos supracitados, intituladas “João Calado: opressão e libertação do sujeito” e a segunda “Dinâmica de atuação de um Conselho Municipal de Saúde” conforme ilustram as Fotos 9, 10 e 11.

Foto 9



Foto 10



Foto 11



Árvore das soluções: trata-se de uma técnica adaptada cujo nome original é “árvore dos problemas”, e que tem por objetivo ajudar um grupo a identificar os problemas, suas causas e efeitos (SOUZA, 2010). Na versão adotada neste estudo, agregou-se a estes objetivos a proposição de soluções criativas.

Para construir a árvore de problemas, podem ser utilizadas várias técnicas que auxiliem a desencadear a reflexão. Coral, Ogliari e Abreu (2009 citados por SOUZA, 2010) recomendam a técnica do *Brainstorming* (tempestade de ideias), na qual, reunido o grupo, provoca-se o debate livre de ideias relacionadas à situação problema. Com isso, obtém-se um grande número de possíveis contextualizações, soluções e abordagens, identificando-se causas, consequências e relações mesmas.

Após essa etapa, os autores sugerem que o grupo filtre os resultados, eliminando os que consideram insustentáveis e ampliando os que forem promissores. Finalizando, os resultados são distribuídos na forma de um esquema ilustrativo que faz analogia ao corpo de uma árvore.

Esta proposta metodológica foi adotada neste estudo, que utilizou como tema de discussão “problemas, causas e soluções vivenciados pelo Conselho Municipal de Saúde de Viçosa”, conforme exemplificado na Figura 7.

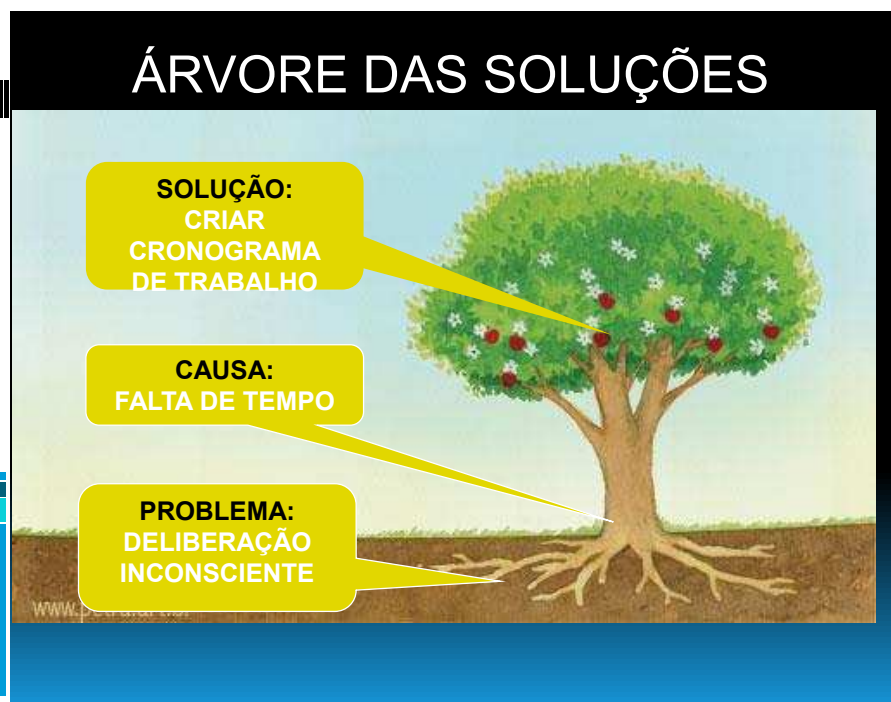


Figura 7 - Slide ilustrativo para orientação da “arvore das soluções” para os problemas vivenciados no Conselho Municipal de Saúde.

Panorama “sobe e desce”: constitui-se em uma técnica na qual os aprendizes são estimulados a refletirem e manifestarem os fatores motivadores e desmotivadores em relação a uma dada situação, resgatando-se aspectos positivos e negativos da mesma (SILVA et al., 2013). Esta técnica pode ser empregada tanto como instrumento de diagnóstico quanto de avaliação do impacto de uma intervenção, se aplicada em duas etapas: antes e após a mesma.

No estudo em questão, foi solicitado a cada Conselheiro de Saúde, no primeiro dia da capacitação, que redigisse em uma folha de papel ofício, de forma objetiva, os fatores que os desmotivavam ou motivavam a participar do Conselho Municipal de Saúde. Posteriormente, foi montado um varal expositivo no auditório para que eles próprios tivessem a oportunidade de apreciar e refletir sobre as respostas que foram, opcionalmente, anônimas (Fotos 12 e 13).

Na terceira e última etapa, os resultados foram novamente expostos, no último dia da capacitação, mas no formato de “nuvens de palavras”, conforme técnica descrita a seguir. Neste momento, abriu-se espaço para nova discussão sobre os fatores que motivavam ou desmotivavam, permitindo-se observar a influência dos temas discutidos no decorrer de toda a capacitação.

Foto 12



Foto 13



Nuvem de palavras: é uma ferramenta que ilustra, graficamente e com destaque, os conceitos expressos com maior frequência no processo de sistematização de um texto, entrevista ou discurso (CICUTO; CORREIA, 2012).

No processo de ensino aprendizagem, a nuvens de palavras pode ser adotada com diversos objetivos: criação de infográficos que facilitam aprendizagem, estimular reflexão e debate, diagnosticar a compreensão conceitos essenciais de um texto.

Atualmente, existem diversos softwares geradores de nuvens de palavras, que permitem iguais ou diferentes resultados, a saber: *Tagul*, *Wordsift*, *Targ Crowd* e *Wordle*.

No presente estudo, por meio do *software Wordle*, adotou-se a nuvem palavras em dois momentos distintos: no último dia da capacitação, para reavaliação dos fatores desmotivadores e motivadores da participação no Conselho de Saúde (Figura 8) e, como instrumento de avaliação dos conceitos relevantes presente nos Mapas Conceituais construídos pelos conselheiros na capacitação (Artigo 4).

DESMOTIVAÇÃO PARA PARTICIPAR DO CMS/VIÇOSA



MOTIVAÇÃO PARA PARTICIPAR DO CMS/VIÇOSA



Fonte: Elaboração própria.

Figura 8 - “Nuvens de palavras” com fatores que desmotivam e motivam a participação no Conselho Municipal de Saúde.

Mapa conceitual: como o estudo focou a análise sobre esta técnica, os fundamentos, elementos constituintes e propósitos foram anteriormente detalhados no referencial teórico e a análise relativa à aplicação do Mapa Conceitual está disponível nos artigos originais 3 e 4 apresentados neste trabalho.

A seguir apresenta-se “o passo a passo da construção” dos mapas conceituais pelos dois grupos de Conselheiros de Saúde durante a capacitação, conforme roteiro previamente definido.

1.º Passo: Eleição pelos dois grupos de trabalho dos respectivos, relatores, apontadores e tutores, seguida da análise da questão a questão focal e definição dos conceitos-chaves (Fotos 14 e 15).

Foto 14



Foto 15



2.º Passo: Sistematização dos conceitos-chave (Fotos 16 e 17).

Foto 16



Foto 17



3.º Passo: distribuição dos conceitos-chave e definição dos termos de ligação (Fotos 18, 19, 20 e 21).

Foto 18



Foto 19



Foto 20



Foto 21



4.^a Passo: apresentação dos Mapas Conceituais pelos relatores para os integrantes dos dois grupos (Fotos 22 e 23).

Foto 22



Foto 23



4.º Momento (avaliação): nesta etapa da pesquisa ação, em geral, avalia-se o processo de formação e a aprendizagem dele resultante. A avaliação do processo ajuda aos participantes do projeto a compreender o processo, a relação entre os elementos envolvidos, e a importância dos recursos e atividades desenvolvidas para alcançar os objetivos (RICHARDSON, 2002).

Como o foco deste estudo foi o aprendizado via Mapa Conceitual, procedeu-se a avaliação a processual da construção mesmos por meio da técnica de grupo focal, seguindo-se procedimentos preconizados por Cruz Neto et al. (2002).

O grupo focal se constitui em uma técnica de investigação na qual o pesquisador reúne, subsidiado por um roteiro questões, num mesmo local e durante certo período de tempo, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

Segundo estes autores, a principal característica da técnica de grupo focal é o fato de ela promover a reflexão expressa através da “fala” dos participantes, permitindo

que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre o tema de estudo (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002).

De acordo com Cruz Neto et al.(2002) o número de participantes de um grupo focal é condicionado por dois fatores: deverá ser pequeno o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor suas ideias, e grande o bastante para que os participantes possam vir a fornecer consistente diversidade de opiniões. Destarte, sugere que uma sessão de grupo focal deve ser composta por no mínimo quatro e no máximo doze pessoas.

Quanto ao critério de seleção, Cruz Neto et al. (2002) recomendam que a seleção dos participantes deve levar em conta que: (a) eles têm obrigatoriamente que fazer parte da população-alvo estudada; (b) devem ser convidados com antecedência e devidamente esclarecidos sobre o tema abordado e os objetivos da pesquisa; (c) os critérios de seleção devem estar vinculados aos objetivos e aos resultados que a pesquisa deseja alcançar.

A aplicação da técnica demanda o desempenho de seis funções, distribuídas e organizadas em dois macro-momentos: (1) Mediador, Relator, Observador e Operador de Gravação, exercidas durante a realização do Grupo; e (2) Transcritor de Fitas e Digitador, que dizem respeito ao pós-grupo.

Neste estudo, participaram do grupo focal doze conselheiros. A seleção dos mesmos obedeceu ao mesmo critério de proporcionalidade representativa do Regimento Interno do conselho, ou seja, 50% representantes dos usuários, 25% dos trabalhadores da saúde e, 25% distribuído entre prestadores de serviço e gestores. Respeitando-se esta distribuição percentual, os membros de cada segmento foram definidos por sorteio.

A equipe técnica contou com a presença de um mediador, um operador de gravação, e dois observadores. Optou-se por um observador extra, para assegurar maior precisão nos registros relativos ao comportamento do grupo. No segundo momento, contou-se com o apoio técnico de dois transcritores e digitadores.

Asseguradas todas as condições necessárias, deu-se início ao processo de avaliação, cumprindo-se as seguintes etapas propostas por Cruz Neto et al. (2002):

1.^a etapa: o mediador, no caso, a autora deste estudo, realizou uma breve “Introdução”, na qual (a) apresentou a equipe de pesquisa presente; (b) esclareceu os objetivos do estudo e do grupo focal; (c) em cumprimento dos princípios éticos da pesquisa, consultou os conselheiros sobre a gravação das discussões; (d) destacou a importância da participação de todos nos debates; (e) explicou os usos futuros das

informações; e (f) convidou os conselheiros a apresentarem-se rapidamente. Tal procedimento foi realizado com o intuito de fazer com que os conselheiros se sentissem confiantes e privilegiados por estarem tomando parte do processo de avaliação e, com isso, efetivamente se engajassem nas discussões (Foto 24).

Foto 24



2.^a etapa: concluída a etapa introdutória, o mediador colocou em pauta as questões-chave dando início às discussões. Buscou assegurar que cada conselheiro tivesse a oportunidade de emitir sua opinião, intervindo apenas quando percebia o risco de extrapolar ao tempo pré-definido ou quando algum conselheiro incorria em desvio do tema proposto. Segundo orientações propostas por Cruz Neto et al. (2002), tais intervenções foram realizadas da forma mais cordial possível, evitando-se constrangimentos. Após, encerramento de todos os comentários acerca da questão levantada, o Mediador fomentou o debate entre os participantes, buscando aprofundar que questão do roteiro de debate (Fotos 25, 26 e 27).

Foto 25



Foto 26



Foto 27



Foto 28



3.^a Etapa: Esgotadas todas as questões previstas, a mediadora solicitou aos participantes que emitissem breves comentários sobre o que acharam da dinâmica e mencionassem possíveis pontos não abordados que julgassem importantes. Posteriormente, encerrou o debate agradecendo a participação de todos, enfatizando a importância de cada opinião e comprometendo-se a futuramente dar retorno ao grupo sobre resultados da pesquisa.

Digno de registro foi a sugestão de um dos conselheiros de que, antes do grupo dispersar-se, fosse feita uma oração coletiva, para agradecer a Deus a oportunidade de aprendizado coletivo.

Sugestão prontamente acatada, pois a mesma expressa o sentido de esperança e de fé na educação como elemento de transformação da realidade, recorrente mencionado por Freire (1987) (Foto 29).

Foto 29



Ainda dentro da proposta de avaliação processual, aplicou-se ao final da capacitação um questionário de avaliação individual (Anexo C).

A avaliação da aprendizagem via Mapa Conceitual, foi efetuada por meio da análise estrutural dos Mapas Conceituais construídos durante o Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde, procedeu-se a partir dos seguintes critérios: forma de configuração, número de conceitos e proposições, domínio semântico apropriado dos mesmos; e relevância dos conceitos selecionados. Os procedimentos relativos a esta avaliação estrutural encontram-se discriminados nos artigos originais 3 e 4 apresentados adiante.

Aspectos éticos: Em cumprimento ao disposto na Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFV, protocolo n.º 056/2012 (Anexo D). Procedeu-se à divulgação e ao esclarecimento prévio dos objetivos da pesquisa em uma das reuniões ordinárias do CMS/Viçosa. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo E).

Eu sou um intelectual que não tem medo de ser amoroso, eu amo as gentes e amo o mundo. E é porque amo as pessoas e amo o mundo, que eu brigo para que a justiça social se implante antes da caridade.

(FREIRE, s.d.)

6. ARTIGOS

6.1. Artigo original 1

Título: A representação política nos conselhos de saúde: desafios empíricos e analíticos.

Title: Political representation on the boards of health: empirical and analytical challenges

Resumo

Objetivou-se com este artigo compreender a noção de representação política que orienta a atuação nos conselhos de saúde, considerando como referencial de análise a prática dos próprios conselheiros. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas com os conselheiros do Conselho Municipal de Saúde, Viçosa, Minas Gerais, no período de abril a junho de 2012. Complementarmente, efetuou-se a observação participante das reuniões do Conselho. Os depoimentos foram analisados por meio de “Análise de Temática”. Os resultados evidenciaram que o arcabouço teórico desenvolvido no sentido de explicitar a representação conselhistas ainda está longe de alcançar um consenso e, em relação à realidade empírica observada, foram revelados alguns aspectos dissociados da prática conselhistas, portando algumas fragilidades e lacunas explicativas. Concluiu-se pela necessidade de maior atenção e aprofundamento empírico e analítico sobre a representação política nos Conselhos, principalmente em relação aos mecanismos de *accountability* e responsabilização.

Palavras-chave: representação política, conselhos de saúde, representatividade.

Abstract

The objective of this article to understand the notion of political representation that guides the action on the boards of health, considering as reference for analysis of practice counselors themselves. Semi-structured interviews were conducted with the directors of the Municipal Health Council, Viçosa, Minas Gerais, in the period April-June 2012. In addition, we performed participant observation of meetings of the Council. The interviews were analyzed by means of "content analysis". The results showed that the theoretical framework developed to explain the representation councilist is still far from reaching a consensus and, in relation to the observed empirical reality, were revealed some dissociated aspects of the practice councilist,

carrying some weaknesses and gaps explanatory. Concluded the need for greater attention and deeper empirical and analytical about political representation in the Councils, especially in relation to mechanisms accountability and accountability.

Keywords: political representation, health councils, representation.

Introdução

Resultante de um processo lento, gradativo e contraditório de transição do regime autoritário para a democracia (Fausto, 1999), em 1988, foi promulgada a Constituição Federal Brasileira vigente, que recebeu, inclusive, o cognome de constituição cidadã, por ter estendido os direitos sociais e políticos, ampliando e assegurando legalmente à participação popular na gestão das políticas públicas (Cotta, 2011).

Destarte, paralelo ao processo de consolidação do sistema de democracia representativa, desencadeou-se um processo de diversificação dos espaços e mecanismos de participação e representação social por todo território nacional, em maior ou menor ritmo, dependendo das circunstâncias políticas administrativas locais, conformando um cenário de pluralização e de complexificação desses (Lüchmann, 2007; Avritzer, 2007; Lavalle, Houtzager e Castello, 2006).

Nesse contexto, os conselhos gestores emergiram como espaço de representação oficial da sociedade civil em políticas setoriais (Quintanilha, Sodre, Dalbello-Araujo, 2013; Avritzer, 2007; Matos, 2007). No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos três níveis federativos, instituíram-se os Conselhos de Saúde (CS) como órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, e com a função de “atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (Brasil, 1990).

Os CS(s) se destacam em relação às demais instâncias alternativas de representação, pela magnitude, pela institucionalidade e pelos caracteres plural e deliberativo deles. Estão presentes em quase 100% dos municípios brasileiros, somando aproximadamente 5.580 CS(s), presentes nas instâncias federal, estadual e municipal (Brasil, 2011). Se comparado com o número de vereadores, o montante de conselheiros de saúde supera o total desses representantes tradicionais. No pleito de 2012, quando o Brasil elegeu um total de 57.303 vereadores (AMT-TEC, 2012), o número de conselheiros registrados já atingia algo em torno de 86.500 (Brasil, 2011).

Essa magnitude decorre de sua própria institucionalidade. As leis orgânicas da saúde, Leis 8.080/90 e 8.142/90, acatando a diretriz constitucional de participação social, asseguraram legalmente os CSs como parte integrante do SUS e vincularam, inclusive, o repasse dos recursos federais aos estados e municípios à constituição dos respectivos CS(s) (Almeida, Tatagiba, 2012; Santos, Merhy, 2006).

O caráter plural diz respeito ao fato de que o colegiado dos CS(s) é constituído por representantes estatais e civis distribuídos paritariamente. Destarte, os CS(s) são espaços híbridos, compostos por 50% de representantes estatais, prestadores de serviços públicos e trabalhadores da saúde e 50% de entidades de sociedade civil (Brasil, 1990).

O caráter deliberativo refere-se ao fato dos CS(s) serem espaços institucionalizados de interação, em que os diferentes segmentos, em condições de igualdade de poder, devem por meio da argumentação e do debate “face a face” pactuar deliberações acerca das políticas de saúde em prol dos interesses coletivos (Gomes, 2003; Ghon, 2001).

Subjazem aos caracteres plural e deliberativo dessa modalidade de instituição representativa as perspectivas de que os conselheiros conhecem os distintos grupos sociais a que representam e detêm capacidade argumentativa para encaminhar e integrar suas demandas nos processos decisórios do conselho, o que resultaria em um sistema de saúde mais responsivo às demandas comunitária (Lavalle, Houtzager, Castello, 2006; Gomes, 2003).

Ademais, quando idealizado enquanto instância alternativa de representação democrática, a partir de uma perspectiva homogenizadora de sociedade civil, pressupunha-se que a participação nesse colegiado seria naturalmente percebida como uma ação de relevância pública, em que os conselheiros representantes dos diferentes grupos sociais permaneceriam a encargo exclusivo da defesa do bem comum e não de interesses corporativos (Luchmann 2008; Avritzer, 2007; Carvalho, 2007; Lavalle, Houtzager, Castello, 2006; Tatagiba, 2005).

Não obstante, ao longo desses 22 anos de existência, inúmeros estudos evidenciaram, dentre outros problemas, a precária competência representativa dos conselheiros de saúde expressa na dificuldade de perceber, compreender, articular e compatibilizar - dentro de um contexto deliberativo de igualdade de oportunidades e pluralidade de idéias e interesses – os interesses das bases de origem com os interesses gerais da população, fazendo prevalecer proposições individuais, privadas e, ou, corporativas em detrimento de proposições consensuais em prol da coletividade

(Batista et al., 2011; Cotta et al., 2010; Paim, 2008; Carvalho, 2007; Lubambo, Coutinho, 2004; Labra, 2002; Labra, Figueredo, 2002).

Destarte, detectou-se que nos CS(s), assim como nas instâncias de representação tradicionais, isto é, nos parlamentos, tem prevalecido uma cultura democrática em que os indivíduos agem mais em prol dos benefícios particulares, em que espera extrair do sistema político, do que pelos interesses coletivos (Batista et al., 2011; Carvalho, 2007; Justino Filho, 2007).

Considerando que a criação dos CS(s) foi motivada justamente pelo combate a essa “revanche de interesses particulares”¹³, constantemente criticada no modelo tradicional de representação política, destaca-se a argumentação de diferentes estudiosos acerca da necessidade de uma discussão mais profunda da representação política nos conselhos gestores (Tatagiba, Almeida, 2012; Luchmann, 2008; Lavallo, Houtzager, Castello, 2006).

Nesta perspectiva, o objetivo deste artigo é discutir criticamente acerca da noção de representação política que orienta a atuação nos conselhos de saúde, considerando como referencial de análise a prática dos próprios conselheiros. Nessa perspectiva, para além da análise da trajetória histórica acerca do conceito, propôs-se compreender como as formulações teóricas mais recentes conformam-se à atuação dos conselheiros de saúde, sujeitos dessa representação. Intencionou-se a partir do contexto de estudo, contribuir para o debate sobre representação, sem pretender o estabelecimento de generalizações homogeneizadoras de caráter a-histórico.

A ampliação e o aprofundamento dos estudos sobre a representação política nos Conselhos é essencial para avaliação do processo ainda em curso da democratização das políticas públicas de saúde, pois podem gerar subsídios que permitam responder sob que aspectos a representação política via Conselhos subtrai ou reproduz as mazelas do modelo tradicional de representação parlamentar.

Desenho do estudo

Para se compreender a noção de representação política que está por detrás da prática conselheira, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com os conselheiros do

¹³ Interpretou-se que essa defesa de interesses particulares faz parte daquele processo típico da democracia real, que Bobbio (1986, p. 24) nomeou como “revanche de interesses”. Esse processo se expressa pelo fato de que frequentemente os representantes, em vez de tornarem-se os representantes dos interesses da nação, assumem uma postura de típica de um mandato imperativo ou orgânico, representando predominantemente interesses de grupos particulares.

Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, Minas Gerais, no período de abril a junho de 2012. Como desenho de estudo, optou-se pela entrevista semiestruturada por tratar-se de uma ferramenta, que, além de possibilitar a expressão de condições estruturais de sistemas de valores, normas e símbolos, possui um caráter processual que permite a introdução de novas questões necessárias à captação do real e que podem emergir momento do diálogo e da interação entre entrevistador e entrevistado (Minayo, 1994).

Do total de 56 conselheiros, 51 foram entrevistados, três alegaram terem solicitado desligamento formal do Conselho no período da entrevista e dois não atenderam às inúmeras tentativas de contatos para agendamento da entrevista. Entre os conselheiros entrevistados, 27 eram titulares e 24 suplentes. Quanto à distribuição por segmento, 26 eram representantes dos usuários; 12, dos trabalhadores da saúde; quatro, do governo; e 10, dos prestadores de serviço. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e exaustivamente analisadas.

O conteúdo das entrevistas foi analisado por meio de “Análise de Temática”, que consiste na descoberta “dos núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (Bardin, 2000, p. 105).

Complementarmente, realizou-se a observação participante das reuniões do CMS/Viçosa, o que possibilitou maior interatividade com o contexto de estudo e percepção da proximidade entre o discurso e a prática cotidiana.

Em cumprimento ao disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFV, protocolo n.º 056/2012 e, seguindo o princípio ético de preservação da identidade dos sujeitos da pesquisa, os depoimentos conselheiros foram codificados por segmento representativo e numerados aleatoriamente, conforme estabelecido: RU (representante dos usuários), RTS (representante dos trabalhadores da saúde), RPS (representantes dos prestadores de serviço) e RG (representante do governo).

Resultados

Inicialmente, identificaram-se, nas falas dos conselheiros, três unidades de análise relativas à prática de representação conselheirista: a primeira referente ao sobre processo de assunção do mandato; a segunda relacionada à articulação com a entidade representativa; a terceira, relativa ao ato de pronunciamento ou não nas reuniões do

CMS/Viçosa e por quais motivos. Posteriormente, procedeu-se à categorização das respostas em núcleos de sentido, cujo número variou de acordo com a unidade de análise, conforme está ilustrado na Figura 1.

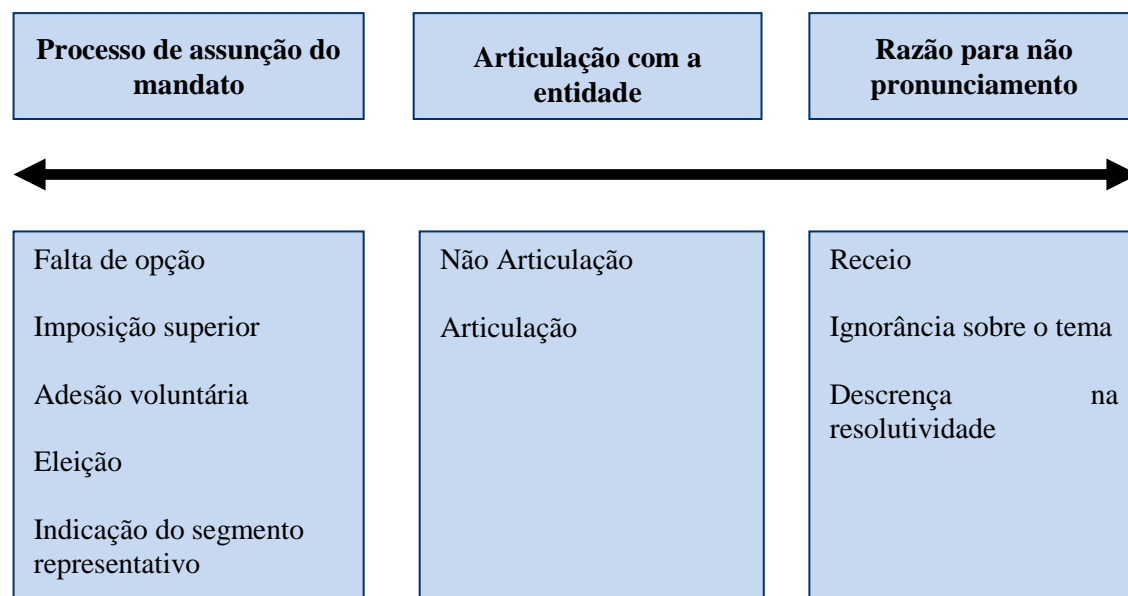


Figura 1 - Unidade de análise e respectivos núcleos de sentidos identificados no depoimento dos Conselheiros Municipais de Saúde, Viçosa, Minas Gerais, 2013.

Na primeira unidade de análise, reuniram-se os relatos sobre como os sujeitos de pesquisa tornaram-se conselheiros e as respostas foram categorizadas em cinco núcleos de sentido: por falta de opção, por imposição superior, por adesão voluntária e por meio de eleição no segmento representativo.

O núcleo “falta de opção” contemplou os depoimentos em que os conselheiros alegaram terem assumido o mandato por não haver mais ninguém dentro da entidade que se prontificasse voluntariamente para representar o segmento e, ou, quando a pessoa não detinha autoridade para determinar que alguém fosse em seu lugar, de acordo com o relato de uma conselheira:

Eu fui quase que obrigada (...) porque na época, que falaram que iriam montar o conselho, convidaram para ir na reunião, só que para ir na reunião, não falaram que era para eu participar do conselho, aí no dia da reunião como fui só eu como técnica de nível médio no caso, aí eu fui indicada(...) fiquei calada e aceitei, porque fiquei sem jeito de recusar na frente, porque não tinha mais enfermeiros (RTS1).

O núcleo por “imposição superior” reuniu os relatos dos indivíduos que se tornaram conselheiros por indicação de chefia/diretoria sem direito à recusa, conforme expressa o depoimento do conselheiro a seguir:

Eles [*donos da empresa prestadora de serviço*] não selecionam, perguntam ou questionam quem quer participar, ou se alguém pretende [...] então informa e simplesmente coloca o nome e fala: a partir de tal dia tem uma reunião em tal local. Aí você vai. Depois chega lá fica sabendo que você foi indicado pra ser membro de um conselho, mas você não tem aquele livre arbítrio pra falar assim, ah não quero (RPS1).

A “adesão voluntária” se caracteriza quando a pessoa por interesse profissional se prontifica espontaneamente a representar o segmento no Conselho; por exemplo, um trabalhador da saúde justificou a sua adesão voluntária nos seguintes termos:

É, quando eu comecei a participar de algumas reuniões do conselho, antes de ser conselheiro, né? Minha formação, eu sou enfermeiro, trabalho na área de saúde coletiva, né? e essa área, a área de saúde pública é de meu interesse tanto profissional, quanto pra auxiliar nas minhas aulas, então eu, eu busquei, né? (RTS2).

Nessa categoria, também se enquadraram relatos de conselheiros que, por possuírem experiências prévias, acessos privilegiados à informação e conhecimentos mais profundos sobre o tema, se prontificaram a participar do Conselho:

Eu ajudei a fundar o conselho, porque eu tinha consciência da necessidade em fazer a municipalização da saúde, tinha essa consciência é, porque já tava sabendo do movimento nacional, que deveria existir a municipalização da saúde de forma que ela deveria ser composta [...], a gente acompanhava isso de perto, com informações da federação né? Desses órgãos que, que dão orientação para os hospitais (RPS2).

Na categoria “eleição do segmento representativo”, identificaram-se os processos em que os conselheiros se tornaram representantes, após amplo debate em reunião de plenária da entidade, seguido de eleição pelos membros participantes. Nessa categoria, dois, entre os 49 conselheiros entrevistados, relataram ter havido um processo de votação prévia em assembléia realizada, antes da Conferência Municipal de Saúde, quando foi formalizada a nova composição do CMS/Viçosa:

É eu, eu me interessei e, e fui, me candidatei [...] fui votado, fui votado. Teve várias votações né? e eu fui um dos votados (RU1).

Incluíram-se os relatos, na categoria “indicação do segmento representativo”, em que os conselheiros alegaram ter assumido o mandato por designação da entidade sem ocorrência de processo eleitoral. A escolha dos conselheiros foi realizada por um ou mais membros da entidade, em geral, ocupantes de cargos de diretoria, chefia ou

presidência. Diferentemente da situação de mandato por imposição, os conselheiros foram abordados previamente e detiveram a alternativa de recusa.

Então eu comecei a participar e como eu sou muito assídua nas reuniões da UMAM [...], aí eles indicam e eu fui indicada. aí eu falei eu quero, porque eu quero entender. Fui de cara. que aí a diretoria da UMAM é que escolhe. faz o convite pra gente porque o conselho convida a UMAM a levar membros da UMAM¹⁴ (RU2).

Também, dentro dessa categoria, enquadraram-se os depoimentos relativos à autodesignação, justificada pelo fato de o conselheiro estar ocupando o cargo de diretor, chefe ou presidente da entidade, tomando para si a responsabilidade de representar a entidade no Conselho: “É porque a instituição tem que tá mandando um representante aí por ser a diretora eu tomei posse” (RU3).

A segunda unidade de análise investigou a articulação que o conselheiro mantém com a entidade a qual representa. A questão partiu do pressuposto de que para os conselheiros terem condições de conhecer, encaminhar e integrar nos processos decisórios do Conselho às demandas dos grupos sociais a que representam, esses devem manter algum grau de articulação com a entidade ou segmento representativo. Contrariamente, os conselheiros informaram, predominantemente, que não discutem antecipadamente com a entidade/segmento que representam a pauta do CMS, conforme exemplificou o depoimento a seguir:

Não, não, não chego a discutir a pauta com a entidade. porque tem muito assunto, pra falar verdade, tem muitos assuntos que a eles não interessam. [...] pelo fator tempo das suas atividades, não interessam a eles (RU4).

Quando indagados se após reunião do Conselho apresentavam e analisavam as suas deliberações para a entidade, mais uma vez predominaram as assertivas negativas, conforme o relato a seguir:

Nem, nem pergunta. nem pergunta. e as vezes eu pego assim, e eu leio por mim, sabe assim? igual eu falei, tô aprendendo, quero ver como que discute uma coisa ali, então, por mim, mas no sindicato mesmo, nem pergunta, nem. [...] A maioria da gente aqui [do sindicato] nem sabe o quê que eu vou fazer lá [no conselho de saúde] (RU5).

Questionados sobre os motivos que os levavam à não articulação, em todos os segmentos – usuários, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e governo – o argumento predominante foi de que os membros da entidade a qual representavam raramente se reuniam e se mobilizavam para debater demandas. Falta de interesse,

¹⁴ UMAM: União Municipal das Associações de Moradores de Bairro e Distrito de Viçosa.

descrédito quanto à resolutividade do CMS/Viçosa e falta de tempo, foram outras justificativas recorrentes:

É, eu, eu num sei, se é pela falta de interesse, se é pela falta de tempo. eu acredito que tudo isso esteja meio relacionado, por quê? algumas coisas quando tem interesse dos funcionários, igual na época que veio a promoção lá do... promoção de... produtividade de funcionários, a gente teve reunião, por quê? era interesse comum pra todo mundo. [...] Deveria articular, mas infelizmente não é articulado (RG1).

Os depoimentos evidenciaram que além de predominar uma não articulação das ações do Conselho de Saúde com as entidades de origem, as próprias entidades internamente se encontravam em um estado incipiente de organização e integração:

A você dizer que existe uma organização entre os prestadores tipo uma associação né, onde ocorre uma reunião periódica, onde se delibera periodicamente, se busca caminhos em conjunto, isso formalmente não acontece não. Não, isso não existe formalmente você tá entendendo. o que acontece é o seguinte, que no dia a dia a medida que as ações vão se desenvolvendo, de acordo com os objetivos que cada instituição estabelece pra si [...]. Mas tudo isso feito pelas demandas que se apresentam, você convoca por exemplo, uma reunião com o secretário de saúde, uma reunião lá com o outro hospital, entendeu, mas dizer que periodicamente se reúnem formalmente pra poder se discutir e deliberar, e traçar objetivos em conjuntos, isso aí não, formalmente não acontece não (RPS3).

Dentro desse cenário, não raras vezes, o que se observou foram situações em que os conselheiros assumiram um mandato plenamente autônomo, em que deliberavam de forma completamente independente da entidade:

Os assuntos que eu julgo assim que vai interessar a entidade, aí eu passo [...]. Aí tem que ser ao meu critério mesmo, porque não tem jeito. porque não tem como eu reunir a entidade e repassar pra ela (RU4).

Houve ainda situações em que os conselheiros optaram por assumir uma representação nula, alheia às questões de debate. Esta postura indiferente à causa foi observada especialmente entre os conselheiros, os quais se tornaram representantes por imposição, conforme demonstra o depoimento a seguir:

Eles precisavam de alguém porque o hospital estava sem nenhum representante, aí eles pegaram e colocaram meu nome, eu falei “tudo bem, eu participo das reuniões, mas eu não vou saber resolver muita coisa”. [...] então eu vô, igual eu tô te falando, eu tô imposta a ir, então eu vou, mas eu não acrescento lá em nada [...] Eu não tenho conhecimento na parte de saúde, não tenho conhecimento de nada aqui dentro, eu fico no trabalho aqui no departamento de pessoal, eu trabalho na venda de PRO-HOSP, então, você pode ver que lá na reunião que eu não, eu não sei responder nada, eu não consigo assim, eu participo de nada aqui dentro da área da saúde da administração, das decisões administrativas, então assim, eu não me considero participando da reunião, eu me considero indo lá representando o hospital, entendeu? (RPS4).

Em alguns casos, os próprios conselheiros colocaram em suspensão o interesse da entidade em discutir os problemas de saúde do município e questionam a razão de ocupar uma vaga no Conselho de Saúde. O relato a seguir é bastante ilustrativo:

É um dos grandes problemas nosso, nossa representatividade [...]. Na verdade, a gente tá lá representando, mas a gente não consegue ouvir dos próprios discentes as dificuldades, quais são as demandas... como, a universidade é federal e vem muitos alunos de fora, a população é flutuante, é como que eles vissem que não se encaixam na cidade, eles só vem pra pegar o diploma, e vão embora pra suas casas. pra você ver, eles não assim, engajam nas ações públicas da cidade [...]. Eles não tem conhecimento da demanda da população, não tem conhecimento das dificuldades de saúde que tem na cidade, por que os estudantes, eles não utilizam o serviço público da cidade, utiliza muito pouco, uns tem convênios, muitos lá na própria proreitoria de assuntos comunitários da faculdade, a gente tem médico, tem tudo (RTS3).

O exercício da representação pressupõe, além da articulação com o segmento representado, que os conselheiros manifestem suas demandas e emitam suas opiniões sobre diversas questões tratadas no Conselho. Quando indagados sobre se pronunciarem ou não nas reuniões, e por qual motivo, alguns conselheiros relataram que não opinam por medo de sofrer retaliações e serem prejudicados profissionalmente. Tal postura foi observada predominantemente entre representantes dos trabalhadores da área da saúde ou do estado, os quais possuem cargo nomeado:

Não me pronuncio muito [...], justamente porque eu sou uma profissional com o contrato limitado. aí eu tenho medo, assim, de eu expressar minha opinião lá no conselho e isso me prejudicar. Aí eu prefiro me ausentar (RTS1).

O depoimento de outra profissional da saúde, na mesma condição contratual, expressa que esse receio é também um reflexo de como o atual poder público local relaciona-se com o Conselho:

Eu vou, fico mais calada por que eu fico com medo de falar, né? que eu sou contratada, então, não posso também ficar lá, igual o felipe [representante dos usuários] vai fala o que quer e o que não quer, né? por que ele é da UFV [Universidade Federal de Viçosa], ele pode falar o que ele quiser, eu não posso. e o que eu quiser falar, eu vou diretamente no prefeito e falo com ele [...], sou amiga dele e eu tento fazer o que eu posso, mas eu não posso abrir a boca, por que tem muita gente ali e, então assim eu tenho medo[...]. Então não quero, expor nem ele [o prefeito], nem eu. Então tudo que eu preciso, eu quero fazer eu tento por trás, por que eu vejo ali “ah, precisa consertar alguma coisa” lá precisa, né? sempre tem, então eu vou nele [o prefeito] diretamente e *converso* (RTS4).

Contudo, também entre representantes dos usuários, observou-se o receio de prejuízo por se pronunciar:

A gente vai na reunião lá, a gente chega lá inclusive nós não falamos nada porque lá igual eu falei com ele : olha José¹⁵ [conselheiro titular] aqui é uma reunião que é o seguinte: quem fala aqui é os graúdos, nós são os miúdos nós estamos só ouvindo, o que eles estão falando, sabe como é. por que nós falamos o quê? nós não temos nada a reclamar [...], deixa o pessoal falar, a gente tá aí, se fizer alguma pergunta pra gente a gente responde, entendeu? a gente não fala nada. não tem costume com esse tipo de negócio assim, então a gente fica naquela, tem muitas vezes que você fala alguma coisa que prejudica, né? (RU5).

Ressalta-se que nesse relato, além do temer o prejuízo, há uma percepção de uma desigualdade de poder, apesar do caráter paritário do Conselho.

Justificativa bastante recorrente para não expressar a opinião foi a falta de compreensão dos temas tratados e o constrangimento de emitir opiniões equivocadas.

Eu tô ali doido pra ajudar, querendo ajudar a melhorar alguma coisa, mas às vezes meu conhecimento é pouco. Cê tá entendendo? [...] Porque às vezes eu não tenho aquele conhecimento que eu deveria ter, então eu prefiro escutar do que falar as coisas, e falar as coisas erradas (RU6).

Finalizando, destacam-se os relatos em que os conselheiros atribuíram a descrença na capacidade do CMS de solucionar os problemas de saúde o motivo de não participar das reuniões:

Eu já fui mais ativa. hoje eu tô bem cansada, vou falar assim: das coisas que você faz, faz e faz e continua do mesmo jeito. quando você acha que as coisas vão evoluir, “ah, o grupo tá bom, tá ativo, tá querendo mostrar, né? Vamos fazer uma coisa melhor”, não vai pra frente, aí você começa cansar, cê fala assim, “ah, eu vou, tento, tento e não evolui”, sabe? aí cê já vai começando, eu já tô tem cinco anos na prefeitura, mais ou menos, então, assim, desde quando eu entrei eu participo do conselho mesmo que seja como ouvinte, né, como te falei até chegar a titular, mas cê chega um ponto que cê vê que o conselho tá naquilo ali, ele não evolui mais que aquilo. então cê começa a ficar cansada (RG2).

Discussão

A representação é um fenômeno humano que possui distintas dimensões – artística, legal e política – que variam no tempo e no espaço (Pitkin, 2006). A dimensão política do conceito de representação está vinculada à teoria social sobre democracia, em que as primeiras formulações teóricas são oriundas do pensamento europeu.

Tais formulações emergiram no contexto de constituição e consolidação dos estados modernos, iniciado no século XV, e progrediram ao longo do processo de reconfiguração desses nos períodos subsequentes (Luchmann, 2011; Pitkin, 2006). Destarte, as análises sobre representação política buscavam explicar as novas formas de

¹⁵ Nome fictício para preservar identidade do conselheiro.

organização política administrativa que, de maneira gradativa e não uniforme, foram assumidas pelos estados que, além de modernos, passaram à condição de democráticos.

Entretanto, sob o argumento recorrente da escala populacional ou geográfica, o substantivo democrático foi tomado como possível somente na modalidade representativa (Gomes, 2003). Nesse sentido,

a representação foi justificada como uma fatalidade, uma opção *second best* incontornável à qual se recorre porque não mais é possível a democracia " genuína" , quer dizer, direta (Lavalle, Vera, 2011, p. 125).

Assim, inicialmente a teoria democrática estabeleceu uma associação restrita do conceito de representação a governos representativos, caracterizados por instituições parlamentares, em que, por meio de processo eleitoral, definem-se quem são os agentes governamentais autorizados e detentores do monopólio da defesa dos interesses da nação (Avritzer; 2007; Pitkin, 2006; Lavalle, Houtzager, Castello; 2006).

Contudo, contradições estruturais expressas, entre outras, pela corrupção, pelo aumento da violência, pela extensão da pobreza, pela desconfiança dos cidadãos com relação às instituições políticas, pela perda da centralidade dos partidos, pelas mudanças nas relações comerciais e políticas nacionais e internacionais, pelo recuo das medidas de promoção do estado de bem-estar social e pela ampliação e diversificação das demandas sociais, levaram à desconfiança em relação ao monopólio de representação pelos agentes estatais (Luchmann, 2011; Luchmann, 2008).

Consequentemente, desencadeou-se um processo de pluralização da representação, caracterizado pela ampliação e diversificação dos espaços, das estratégias, das finalidades e dos atores da representação (Almeida, Tatagiba 2012; Lavalle, Vera, 2011; Luchmann, 2008; Lavalle, Houtzager, Castello, 2006).

Para além do espaço parlamentar, redes e movimentos sociais, organizações não governamentais, entidades de *advocacy*, associações comunitárias e de assistência social e até mesmo personalidades com visibilidade pública passaram a assumir o papel de representantes de interesses individuais e, ou, coletivos (Luchmann, 2011).

Nesse contexto, abriu-se espaço para novas concepções teóricas acerca da representação política, que, sem negarem o caráter irredutível do governo representativo (Luchmann, 2011; Lavalle, Houtzager, Castello, 2006), efetuaram esforço analítico no sentido de demonstrar as peculiaridades das múltiplas possibilidades de representação.

Destarte, emergiram diferentes formas categorização da representação, a saber: representação individual/coletiva, eleitoral/não eleitoral, presuntiva/procedimental, virtual, discursiva, por afinidade, por *advocacy*, entre outras (Luchmann, 2011; Filgueiras, 2011; Lavalle, Vera, 2011; Luchmann, 2008; Avritzer, 2007; Pitkin, 2006; Urbinati, 2006).

Nesse universo, os Conselhos de Saúde se identificam como modelo de representação coletiva por entidades, em que não há espaço para a participação individual, embora, frequentemente, essa representação por entidades se configure, de fato, como representação individual (Luchmann, 2008), conforme atestaram os depoimentos de alguns conselheiros neste estudo. É também um modelo que se identifica, simultaneamente, com as modalidades não eleitoral, presuntiva, discursiva, por *advocacy* ou virtual, com todas as implicações que tal imprecisão gera em termos de avaliação e controle, conforme se analisará adiante.

Não obstante às especificidades de cada modalidade de representação, duas questões recorrentes, comuns e polêmicas perpassam esse conjunto de reflexões teóricas sobre a representação política: a questão da representatividade e os mecanismos de *accountability* e responsabilização, ambas tomadas como parâmetro de referência para avaliar a legitimidade da representação política.

A representatividade diz respeito à “correspondência entre vontade ou interesse do representado e as decisões do representante” (Lavalle, Houtzager, Castello, 2006, p. 85), devendo essa última agir no interesse dos representados de forma responsiva a eles (Pitkin, 2006), o que implica, por sua vez, a opção por políticas associadas às sinalizações emitidas pelos representados (Gomes, 2003).

Assim, para que haja representatividade, é necessário que os representantes conheçam e defendam as preferências e os interesses de seus representados, e os representados detenham acesso a informações e capacidade cognitiva de processamento para demandar e avaliar a política que atenda a seus interesses, condições difíceis de serem alcançadas em contextos de desigualdade política e econômica, conforme evidenciados empírica e teoricamente (Gomes, 2003).

Ressaltou-se que, embora muitas vezes empregados como sinônimos, os termos representação e representatividade possuem sentidos distintos, sendo possível ocorrer representação destituída de representatividade (Lavalle, Houtzager, Castello, 2006).

No presente estudo, os depoimentos dos conselheiros indicaram essa possibilidade ao manifestarem a inexistência de articulação entre a atuação do conselho e as entidades a que representam. Essa distância entre a representação e representatividade se apresentou ainda acentuada quando havia frágil mobilização, organização e atuação dos segmentos representativos na defesa de seus interesses, evidenciando-se, nesses casos, que os conselheiros representavam a eles mesmos.

Situação similar foi observada por Borba e Luchmann (2010), levando-os a sugerir que o exercício da representação parece ser dinamizado quando o conselheiro está vinculado a organizações que possuam trajetória de atuação política na área e dinâmica interna mais participativa e mobilizadora.

Desconexão entre representação e representatividade também foi evidenciada nos depoimentos dos conselheiros que optaram por não se pronunciarem nos Conselhos. Nesses casos extremos, os representantes demonstraram não agir em prol de quaisquer interesses, nem da entidade nem dos próprios.

Não obstante, tomando-se como referência os conceitos de representação virtual ou por *advocacy*, em que a defesa dos interesses dos representados independente de uma articulação direta entre representante e representados, visto que, nessas perspectivas teóricas, a legitimidade da representação está fundada na qualificação, na afinidade ou na solidariedade do representante em relação aos interesses dos representados (Avritzer, 2007; Lavalle, Houtzager, Castello; 2006; Urbinati, 2006), a questão da representatividade supostamente ocorreria concomitante ao exercício da representação.

Nas entrevistas realizadas, os depoimentos dos conselheiros que assumiram o mandato voluntariamente por possuir experiência prévia ou conhecimento mais profundo sobre política, planejamento e gestão em saúde ilustraram esses aspectos.

Ademais, Gomes (2003) destacou que os custos envolvidos na assunção do mandato não remunerado como disponibilidade de tempo, compromisso, análise documental, participação em eventos, entre outros, também podem representar variável importante de legitimação da representatividade não captada pelo sistema eleitoral tradicional.

Nessa mesma linha de raciocínio, Dagnino (2002) advertiu que a instituição legal dos Conselhos impõe o caráter de obrigatoriedade de participação e induz a instalação dos Conselhos como uma exigência legal e, conforme constado nesta pesquisa, a assunção do mandato por falta de opção ou imposição, ocasionando posturas

pouco representativas, como nos casos citados anteriormente da funcionária indicada por um dos prestadores de serviço e das servidoras com contrato temporário, as quais relataram, respectivamente, não possuir interesse e possuir receio de se manifestarem criticamente em relação às ações de saúde.

Poder-se-ia supor que a representação e representatividade também estivessem presentes de forma concomitante na representação presuntiva, em razão de essas estarem ancoradas na ideia de que a sociedade civil representa interesses sociais genuínos e possui racionalidade imparcial em prol do bem comum ou do interesse público (Luchmann, 2008; Lavallo, Houtzager, Castello, 2006; Tatagiba, 2005).

Entretanto, Tatagiba (2005) questionou essa legitimidade nata atribuída à sociedade civil e apontou para a necessidade de desnaturalizá-la, reconhecendo que esse é um segmento heterogêneo, que abarcam vários interesses, na maior parte do tempo, conflitantes e até mesmo antagônicos entre si, o que compromete a sua representatividade. O depoimento do conselheiro que justifica o fato de não se pronunciar para não incorrer em risco de prejudicar os interesses da entidade a qual pertence é ilustrativo dessa parcimonia.

Os demais parâmetros de legitimidade da representação recorrentemente apontados pelos estudos referem-se aos mecanismos de *accountability* e responsabilização. O *accountability* foi um conceito desenvolvido no contexto analítico de reforma do estado e não possui tradução literal para o português. Refere-se à possibilidade de sanção a que está submetido o representante, caso o resultado de suas ações não sejam satisfatórias para os representados, por meio de mecanismos objetivos e exteriores (Fayol, 1976, citado por Gomes, 2003).

O conceito de responsabilização é mais amplo, pois se refere a mecanismos externos de controle dos meios e não apenas dos resultados, constituindo-se em uma garantia prévia do comportamento responsivo, que tem por objetivo “assegurar que as políticas adotadas correspondam àquelas escolhidas e que os comportamentos dos atores correspondam ao esperado” (Fayol, 1976, citado por Gomes, 2003, p. 23).

No modelo parlamentar de representação, o procedimento eleitoral constitui-se no mecanismo claro de controle e sanção dos resultados, mas ineficiente como mecanismo de responsabilização em razão do seu caráter esporádico (Avritzer, 2007; Piktin, 2006; Urbinati, 2006; Bobbio, 1986).

No que tange as novas modalidades de representação, em que se enquadra a representação conselhistas, os mecanismos *accountability* e responsabilização são

diversificados e encontram-se difusos, carecendo de maior aprofundamento quanto a sua sistematização (Luchmann, 2008; Avritzer, 2007; Lavallo, Houtzager, Castello, 2006).

Diversos fatores ocasionam a esse cenário de imprecisão como a escolha do conselheiro representante que ocorre por mecanismos institucionais variáveis e bem mais frágeis, que não se apóiam na definição precisa do grupo ou base social representada, visto que os representados encontram-se distribuídos em meio a um universo bem mais amplo do que o da própria entidade, em que o mandato do representante está vinculado, inclusive podendo esse ser escolhido por um grupo que não inclui todas as entidades ligadas ao tema (Luchmann, 2008; Avritzer, 2007).

No contexto conselho estudado, por exemplo, o representante dos portadores de patologias foi escolhido entre o grupo dos renais crônicos; deixaram-se à margem da escolha dos representantes os grupos de aidéticos, celíacos etc., como cabe ao representado a imputação dos mecanismos *accountability* e responsabilização; essa flexibilidade da base representativa complexifica sobremaneira sua execução.

A possibilidade de alguns conselheiros se tornarem representantes voluntariamente, em razão da experiência, qualificação profissional e, ou, identidade com o tema ou o grupo, independentemente de vínculo com as bases representativas, como foi observado neste estudo, também gera dificuldade na precisão de mecanismos de *accountability* e responsabilização (Luchmann, 2011; Luchmann, 2008).

Lavallo, Houtzager e Castello (2006) inferiram quanto a necessidade de adoção de critérios indiretos de controle e sanção avaliação, sem, entretanto, especificá-los.

Gomes (2003) sugeriu uma abordagem mais substantiva em detrimento de uma abordagem procedimental, típica da representação parlamentar.

Almeida e Tatagiba (2012) alertaram para a premência de os conselhos gestores obterem uma audiência pública maior, “como forma de contrabalançar o peso de certas categorias e de certos interesses no seu interior” (Almeida e Tatagiba, 2012, p. 77).

Concordou-se com essas autoras que, ampliar a audiência social, extrapolando as fronteiras das disputas travadas no interior do Conselho, configura como mecanismo fundamental para a avaliação e o controle dos segmentos que têm representação no Conselho. Complementando essa proposta, sugeriu-se que essa audiência social ampliada deveria ser consubstanciada pelo aparato legal que institui formalmente a composição e as atribuições dos Conselhos de Saúde.

Considerações finais

Os Conselhos de Saúde emergiram como parte integrante de um processo de democratização ainda em curso, com vistas à execução de políticas públicas mais responsivas.

Destarte, a instituição dos Conselhos tem propiciado uma série de avanços no setor, como: o incremento da comunicação entre estado e sociedade civil; a instituição de procedimentos e protocolos obrigatórios de prestação de contas por parte do estado ao Conselho, possibilitando maior transparência na gestão dos recursos; e o empoderamento dos atores sociais envolvidos, entre outros.

Entretanto, os resultados desta pesquisa demonstraram que, no contexto estudado, a prática conselhistas ainda se distancia significativamente dos ideais de representação que justificaram a sua criação, qual seja a defesa das variadas “causas” sociais e de demandas de grupos e setores sociais historicamente excluídos dos processos de decisão política (Luchmann, 2008).

As análises efetuadas também revelaram que o arcabouço teórico desenvolvido no sentido de explicitar a representação conselhistas ainda está longe de alcançar um consenso. Em relação à realidade empírica observada, as formulações teóricas se apresentaram em alguns aspectos dissociados da prática conselhistas e contendo algumas fragilidades e lacunas explicativas.

Concluiu-se que há necessidade de maior atenção e aprofundamento teórico analítico sobre a representação política nos Conselhos, principalmente em relação aos mecanismos de *accountability* e responsabilização.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, C.; TATAGIBA, L. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serv. Soc. Soc.**, n.109, p. 68-92, Jan./Mar. 2012.

ASSOCIAÇÃO TRANSPARÊNCIA MUNICIPAL (AMT-TEC). BREMAEKER, F.E.J. Brasil (2013 – 2016) – Estudo Técnico nº 182, Salvador, outubro de 2012.

AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização a legitimidade da ação. **Dados - Revista de Ciências Sociais**, v. 50, n. 3, p. 443-464, 2007.

BATISTA, A.A.; MUNIZ, J.N.; FERREIRA NETO, J.A.; COTTA, R.M.M. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 4, p. 784-793, out./dez. 2010.

- BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições. 2000.
- BOBBIO, N. **O futuro da democracia**: uma defesa das regras do jogo. 6a Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- BORBA, J.; LUCHMANN, L.H.H. A representação política nos conselhos gestores de políticas públicas. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 2, n. 2, p. 229-246, jul./dez. 2010.
- BORIS, F. **História concisa do Brasil**. São Paulo: EDUSP, IMESP, 2000.
- BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 25 maio 2010.
- CARVALHO, G.C.M. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.
- COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; CASTRO RODRIGUES, J.F.; GOMES, K.O.; JUNQUEIRA, T.S. Controle social no sistema único de saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 853-872, 2010.
- 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. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 853-872, 2009.
- DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, E. (Org.) **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 279-301, 2002.
- JUSTINO FILHO, J. Participação cidadã e controle social nos conselhos municipais de saúde da Paraíba: um estudo comparativo. In: III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS QUESTÃO SOCIAL E DESENVOLVIMENTO NO SÉCULO XXI. Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.
- GHON, M.G. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. São Paulo: Cortez Editora, 2001.
- GOMES, E.G.M. Conselhos gestores de políticas públicas: democracia, controle social e instituições. 2003. Dissertação (Mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo. 2003.

- MATOS, D.F. Os conselhos municipais no contexto do federalismo brasileiro sob a perspectiva da “pesquisa de informações básicas municipais”. Dissertação (Mestrado). 2007. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2007.
- MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3ª. Edição. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS. [Acesso em: 11/10/2011]. Disponível em: [http://formsus.datasus.gov.br/site/resultado.php?id_aplicacao=13&filtro=1&id_aplicacao_campo=start_date=&end_date=&campo14973\[\]=1643474](http://formsus.datasus.gov.br/site/resultado.php?id_aplicacao=13&filtro=1&id_aplicacao_campo=start_date=&end_date=&campo14973[]=1643474).
- LABRA, M.E.; FIGUEIREDO, J.S.A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p.537-547, 2002.
- LABRA, M.E. Capital social y consejos de salud en brasil. ¿un círculo virtuoso? **Cad. Saúde pública**, v. 18, suppl., p. 47-55, 2002.
- LAVALLE, A.G.; VERA, E.I. A trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. **Lua Nova**, n. 84, p.353-364, 2011.
- LAVALLE, A.G.; HOUTZAGER P.P.; CASTELLO, G. Democracia, pluralização da representação e sociedade civil. **Lua Nova**, n.67, p. 49-103, 2006.
- LUMBAMBO, C.W.; COUTINHO, H.G. Conselhos gestores e o processo de descentralização. **São Paulo em Perspectiva**, v.18, n. 4, p. 62-72, out./dez. 2004.
- LUCHMANN, L.H.H. Associações, participação e representação: combinações e tensões. **Lua Nova**, n.84, p. 353-364, 2011.
- _____ Participação e representação nos conselhos gestores e no orçamento participativo. **Cad. CRH**, v. 21, n. 52, p. 87-97, Jan./Abr. 2008. 2008.
- _____ A representação no interior das experiências de participação. **Lua Nova**, n. 70, p. 139-170, 2007.
- PAIM, J.S. Reforma sanitária brasileira: avanços limites e perspectiva. In: MATTA, G.C; LIMA, J.C.F.(Orgs). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio De Janeiro: Editora FIOCRUZ/EPSJV, 2008. p. 91-122.
- PITKIN, H.F. Representação: palavras, instituições e idéias. **Lua Nova**, n.67, p. 15-47, 2006.
- QUINTANILHA, B.C.; SODRE, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Movimentos de resistência no Sistema Único de Saúde (SUS): a participação rizomática. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 46, jul./set. 2013.

SANTOS, F.; MERHY, E.E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. **Interface (Botucatu)**, v. 10, n. 19, p.25-41, jan./jun. 2006.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista de Sociologia e Política**, n.25, p. 209-213, nov. 2005.

URBINATI, N. O que torna a representação democrática? **Lua Nova**, n. 67, p.191-228, 2006.

6.2. Artigo original 2

Título: A informação como princípio fundamental para a formação de competências técnicas ao exercício da participação e controle social no Sistema Único de Saúde: desafios estratégicos.

Title: The information as fundamental to the formation of techniques to exercise social control and participation in the Health System powers principle: strategic challenges

Resumo

A participação e o controle social no Sistema Único da Saúde (SUS) requerem a aquisição de competências técnicas fundamentais, essenciais ao exercício das condições elementares da liberdade participativa. Destarte, é objetivo de este artigo avaliar o domínio de informações sobre o SUS por parte dos conselheiros membros do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, Minas Gerais. Por meio de triangulação de métodos que incluiu a observação participante, a entrevista semiestruturada e análise documental das atas das reuniões do conselho, investigou-se o conhecimento sobre documentos jurídicos e técnico-administrativos relativos, respectivamente, a regulamentação e gestão do SUS. Complementarmente, procedeu-se o levantamento do número de mandatos, assiduidade nas reuniões e a participação em oficinas de Capacitação de Conselheiros de Saúde. Os dados revelaram uma iniquidade no domínio de informações, cujas causas se referem ao: caráter burocrático atribuído aos instrumentos normativos; ao formato extremamente técnico e codificado; à ausência de apoio técnico; a precária infraestrutura e ao incipiente conhecimento pelos conselheiros de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) para acessar informações disponíveis virtualmente. Conclui-se que há necessidade de educação permanente dos Conselheiros de Saúde com vistas a promover uma participação e representação mais efetiva no conselho estudado.

Conceito-chave: participação social, controle social, competência técnica

Abstract

The participation and the social control in the Unified Health System require the acquisition of basic technical skills that are essential to the exercise of elementary conditions of participatory freedom. Thus, this article aims to evaluate the domain of information on the UHS by the counselors of the Municipal Health Council of Viçosa,

Minas Gerais. By means of triangulation of methods that included participant observation, semi-structured interviews and documental analysis of the minutes of Council meetings, we investigated the knowledge of legal, technical and administrative arrangements for the regulation and management of the Unified Health System, respectively. Additionally, we proceeded to survey the number of mandates, attendance at meetings and participation in workshops for Training of Health Counselors. The data revealed an iniquity in the field of information, whose causes refer to: the bureaucratic character attributed to the normative instruments, the highly technical encoded format; the absence of technical support; the poor infrastructure and the incipient knowledge by the counselors on Information and Communication Technologies (ICTs) to access information available virtually. The authors concluded there is a need for continuous training of the Health Counsellors, in order to promote the necessary skills to effective participation and representation in the studied Council.

Keywords: social participation, social control, technical expertise and information.

Introdução

No Brasil, foi justamente nos “porões da ditadura” (CARVALHO, 2013, p. 8) que se gestou uma proposta de Reforma Sanitária (RS) que teve como objetivo central universalizar a saúde com equidade e integralidade para todos os brasileiros, colocando em destaque o papel do Estado na implementação das políticas de saúde como direito de cidadania. Como estratégia operacional deu-se protagonismo a descentralização política e administrativa, tendo como ponto forte a participação da sociedade civil organizada na gestão das políticas de saúde (COTTA et al., 1998 e 2013; LABRA, 2002; BAPTISTA, 2007; PAIM, 2008; FLEURY, 2009).

Destarte, representantes de movimentos populares, das associações de bairros e vilas, das Comunidades Eclesiais de Base, juntamente com intelectuais e políticos, se uniram em prol da democratização do Estado e no contexto de um sistema de saúde universal e equitativo, configurando um movimento que ficou conhecido como Movimento de Reforma Sanitária (MRS) (BAPTISTA, 2007; BRAGA, 2007).

O MRS buscou discutir os determinantes sociais do processo saúde-doença-adocimento e desenvolveu a proposta da reforma sanitária apresentada e discutida na VIII Conferência Nacional de Saúde com a sociedade civil organizada, assegurada legalmente pela Constituição Federal (CF) de 1988 por meio da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (COTTA et al., 2013).

O SUS representa a política nacional de saúde, está fundamentado nos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade e, estrategicamente, organizado pelos princípios operacionais da descentralização, regionalização, hierarquização e participação social (COTTA et al., 2013; MATTA, 2007).

Em cumprimento a diretriz constitucional de participação da comunidade no SUS, a Lei n.º 8.142/90 estabeleceu a obrigatoriedade de constituição de Conselhos de Saúde (CS) de caráter permanente e deliberativo que, juntamente com as conferências passaram compor as instâncias formais de participação social no âmbito do SUS¹⁶ (SOUZA, 2007).

Na prática, o caráter deliberativo dos CS(s) demanda uma dinâmica de interação, na qual os diferentes segmentos, em condições de igualdade de poder, por meio da argumentação, do debate “cara a cara”, possam pactuar deliberações acerca das políticas de saúde em prol dos interesses comuns (GOMES, 2003; GHON, 2001).

Estas deliberações estão associadas ao papel legalmente instituído de estudar e decidir sobre as ações e serviços de saúde prestados; fiscalizar quanto e como o governo gasta os recursos financeiros da saúde, além de formular propostas em relação a política de saúde local (BRASIL, 1990a; CARVALHO, 2007).

Não obstante, segundo Bobbio (1986), é necessário considerar que o processo de democratização das sociedades ocorreu em um contexto de Estado cada vez mais complexo, com um número cada vez maior de problemas políticos complicados que requerem competências técnicas também maiores e mais sofisticadas para o homem comum.

Especificamente, em relação ao contexto brasileiro a consolidação de um sistema de saúde universal orientado pelas diretrizes da descentralização, hierarquização e participação comunitária, com a garantia de saúde plena em todos os momentos do processo saúde-doença-adoecimento de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, num país de dimensões continentais, com disparidades regionais, com quase 5000 municípios de pequeno e médio porte, aliada a necessidade de integração de políticas intersetoriais em consonância com o paradigma da produção social da saúde, esteve e permanece condicionado a uma série de medidas complexas e representa um

¹⁶ Conforme assinalado por Cotta et al. (2013), “além dos Conselhos e Conferências de Saúde municipais, estaduais e nacionais, é de igual relevância a participação não institucionalizada da sociedade civil por meio de organizações sociais como associações de moradores, conselhos locais, entidades religiosas, movimentos femininos, entidades filantrópicas, sindicatos e várias outras formas de associação comunitária” (p. 191).

grande desafio aos gestores, aos profissionais de saúde, e a população (COTTA et al., 2013).

Conseqüentemente, implementar uma participação social nos moldes idealizados pelo SUS, requer um leque amplo de conhecimento informacional acerca: de seus princípios e diretrizes basilares; dos instrumentos normativos; dos mecanismos de gestão, financiamento e operacionalização do SUS; das instâncias e dos procedimentos de controle social. Igualmente, pressupõe que os conselheiros tenham conhecimento das peculiaridades da realidade em que atuam de forma a identificar as aspirações e necessidades comunitárias, assim como os meios e recursos para satisfazê-las (CORREIA, 2005; PAIM, 2008; SANTOS, 2008; COTTA et al., 2009; COTTA et al., 2010; CARVALHO, 2013; COTTA et al., 2013).

Destarte, este artigo tem por objetivo avaliar a apropriação (ou não) pelos conselheiros municipais de saúde das informações necessárias à formação de competências técnicas importantes para o cumprimento de suas atribuições.

Ressalva-se que o foco na dimensão técnica constitui um recorte metodológico que não implica na desconsideração das dimensões políticas, estruturais e culturais que igualmente interferem na sua atuação dos conselheiros, tais como: falta de infraestrutura e recursos, ausência de uma cultura de participação política, má vontade política em relação ao exercício da cidadania, dentre outros (COTTA et al., 2013).

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo realizado por meio da triangulação de métodos (MINAYO, 2005), onde se buscou identificar o domínio de conhecimento por parte dos conselheiros membros do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa (CMS/Viçosa), Minas Gerais.

Investigou-se o conhecimento acerca de documentos técnico-administrativos e normativos relativos à gestão e regulamentação do SUS, utilizando-se como técnica de coleta de dados, um roteiro de entrevista semiestruturado contendo questões de natureza subjetivas e objetivas.

Adotou-se como parâmetro de análise do domínio técnico-administrativo o conhecimento acerca do Plano de Saúde (PS) municipal e do Relatório Anual de Gestão (RAG). E no aspecto jurídico o conhecimento sobre as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – Leis 8.080/90 e 8.142/90.

Concomitantemente, realizou-se a observação participante e a análise do conteúdo das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS/Viçosa, o que possibilitou uma maior interatividade com o contexto de estudo, e uma percepção da proximidade entre o discurso e a prática cotidiana do conselho.

Complementarmente, foram investigados dados relativos ao número de mandatos, a frequência nas reuniões do conselho e a participação em oficinas de Capacitação de Conselheiros de Saúde.

Por meio de estatística descritiva levantou-se os indicadores de frequência dos parâmetros técnico-administrativos e jurídicos, adotando-se como ferramenta o software Epi Info, versão 3.5.2.e, o conteúdo das atas foi analisado por meio de análise temática conforme técnica preconizada por Bardin (2000).

Foram entrevistados 51 conselheiros de um total de 56, sendo que as entrevistas ocorreram no período de abril a junho de 2012. Os motivos da não participação dos conselheiros foram: dois conselheiros não atenderam as inúmeras tentativas de contatos para agendamento da entrevista e; três alegaram terem solicitado desligamento formal do conselho no período de estudo.

De entre os conselheiros entrevistados 24 eram suplentes e 27 titulares. Quanto à distribuição por segmento, quatro eram do governo, 10 dos prestadores de serviço, 12 dos trabalhadores da saúde e 26 eram representantes dos usuários. Quanto ao grau de escolaridade, 17,6% cursaram o ensino fundamental, 19,6% o ensino médio, e 62,8% possuíam diploma de curso superior.

Em cumprimento ao disposto na Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFV, protocolo n.º 056/2012. Procedeu-se a divulgação e esclarecimento prévio dos objetivos da pesquisa em uma das reuniões ordinárias do CMS/Viçosa. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

A CF de 1988 ao reconhecer a saúde como um direito universal, desencadeou a necessidade de instituição de um novo arcabouço jurídico que regulasse como se daria o cumprimento deste direito. Destarte, após CF promulgaram-se as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) – 8.080/90 e 8.142/90 – que regulamentam o SUS e, a partir destas, foram estabelecidas uma série de regulamentações distribuídas em decretos, portarias e resoluções (CARVALHO, 2013).

As LOS dispõem, respectivamente, sobre a forma de organização, funcionamento, financiamento e participação da comunidade na gestão do SUS (PAIM, 2008; BRASIL, 1990a e 1990b).

Entre os conselheiros entrevistados, 76,5% afirmaram terem ouvido falar sobre o conteúdo da Lei n.º 8.080/90 e 51% a respeito da Lei n.º 8.142 (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise descritiva do domínio de conhecimento sobre as Leis Orgânicas da Saúde (LOS) pelos Conselheiros de Saúde do município de Viçosa, Minas Gerais, 2013

Informações sobre as LOS	Distribuição		Informações sobre as LOS	Distribuição	
	Fr(a)*	Fr(b)** (%)		Fr(a)	Fr(b) (%)
Ouviu falar sobre a Lei 8.080/90?			Ouviu falar sobre a Lei 8.142/90?		
Sim	39	76,5	Sim	25	49,0
Não	12	23,5	Não	26	51,0
Total	51	100,0	Total	51	100,0
Conhece o conteúdo da Lei 8.080/90?			Conhece o conteúdo da Lei n. 8.142/90?		
Sim	15	29,4	Sim	12	23,5
Não	36	70,6	Não	39	76,5
Total	51	100,0	Total	51	100,0
Leu a Lei n. 8.080/90?			Leu a Lei n. 8.142/90?		
Sim	21	41,2	Sim	17	33,3
Não	30	58,8	Não	34	66,7
Total	51	100,0	Total	51	100,0
Quanto leu da Lei n. 8.080/90?			Quanto leu da Lei 8.142/90?		
Integra	11	52,4	Integra	8	53,3
Partes	10	47,6	Partes	7	46,7
Total	21	100,0	Total	15	100,0
Por qual motivo leu a Lei 8.080/90?			Por qual motivo leu a Lei n. 8.142/90?		
Atuação CMS	4	19,0	Atuação CMS	5	29,4
Concurso público	6	28,6	Concurso público	5	29,4
Interesse acadêmico	4	19,0	Interesse acadêmico	3	17,6
Interesse profissional	5	23,8	Interesse profissional	2	11,8
Outros	2	9,5	Outros	2	11,8
Total	21	100,0	Total	17	100,0

*Fr(a): Frequência absoluta; ** Fr(b): Frequência relativa.

Entretanto, apesar de 37,3% dos conselheiros estarem exercendo seu mandato pela segunda (6%), terceira (9,8%), quarta (5,9%) quinta (3,9%) e até sexta vez consecutiva (3,9%) (Figura 1)¹⁷, a maioria dos conselheiros afirmou desconhecer o conteúdo das LOS (Tabela 1).

A inclusão da saúde entre os direitos sociais fundamentais na CF de 1988 tornou perene o dever do estado com relação a seu cumprimento por meio de políticas e programas que realizem a sua provisão, a proteção e promoção.

Não obstante, a universalização jurídica ser uma condição essencial, um direito só o é de fato, se também for reconhecido e usufruído na prática de seus portadores (SIQUEIRA et al., 2013), no caso desta pesquisa, os usuários do SUS representados pelos conselheiros de saúde.

São as LOS(s) que estabelecem as regras para que o direito a saúde se cumpra, definindo em conjunto, como o SUS deve existir e funcionar, assim como, quais são os procedimentos e mecanismos de controle e exigibilidade (CARVALHO, 2013; COTTA et al., 2013).

É inquietante o fato de a maioria dos conselheiros de saúde desconhecer o conteúdo da Lei n.º 8.080/90, visto que, a mesma regula as ações e serviços de saúde nos aspectos da organização, direção e gestão, inclusive, delimitando as competências e responsabilidades de cada esfera do governo, definindo como deve ser a participação do setor privado, a política de recursos humanos, o financiamento do setor e participação popular no SUS (BRASIL, 1990a e 1990b; CORREIA; 2005; MATTA, 2007; BAPTISTA, 2007; CARVALHO, 2013). A Lei n.º 8.080/90 foi criada, justamente, com o intuito de dar materialidade ao SUS (COTTA et al., 2013).

A Lei n.º 8.142/90, por sua vez, dispõe de forma mais específica sobre o financiamento e participação social estabelecendo as instâncias, composição e as atribuições dos Conselhos e Conferências de Saúde. Esta lei, inclusive, é decorrente de alguns vetos às propostas da Lei n.º 8.080/90 que foram percebidos como indevidos em função da necessidade de regulamentação da participação da comunidade e as condições e critérios de transferência dos recursos financeiros a estados e municípios por meio dos Fundos de Saúde (SOUZA; 2007; BRAGA, 2007; COTTA et al., 2013).

Destarte, pode-se afirmar que a ignorância sobre as LOS pode acarretar diversas consequências negativas, de entre as quais, se destacam três:

¹⁷ A assunção de mais de dois mandatos consecutivos contraria, inclusive, o próprio Regimento Interno do CMS/Viçosa (CMS, 2007).

Primeira: compromete o controle social, já que não é possível deliberar de forma consciente sobre as ações e serviços de saúde, com pouca informação sobre os aspectos normativos do sistema sanitário (CORREIA, 2005).

Segunda: a falta de conhecimento sobre os instrumentos regulatórios do SUS, também compromete a consolidação da saúde como um direito, pois nelas estão contidos os efetivos procedimentos e mecanismos de recuperação, proteção, promoção e exigibilidade deste direito.

Terceira: se considerado a perspectiva de teórica do economista indiano Amartya Kumar Sen, na qual a saúde e a educação, de entre outros direitos sociais, são liberdades constitutivas do próprio desenvolvimento social e encontram-se, mútua e complementarmente, condicionadas as liberdades políticas e econômicas, que estimulam os indivíduos a superar racionalmente as privações, levando ao desenvolvimento social (SEN, 2008), constataremos, sobretudo, que o desconhecimento da saúde como um direito e dos instrumentos que regulam a sua provisão, podem colocar em risco o próprio desenvolvimento social.¹⁸

Não obstante, se a informação sobre a legislação é condição essencial para uma participação efetiva, o acesso e domínio da mesma por si só não garantem uma atitude que privilegie as causas sociais.

No contexto deste estudo, dentre os 21 conselheiros que haviam lido – integral ou parcialmente – a Lei n.º 8.080/90, ao serem indagados sobre os motivos que os levaram a leitura, predominou como razão a prestação de exame de concurso público (28,6%). O intuito de aprimorar sua atuação conselheira para poder atender a interesses coletivos revelou-se como um motivo terciário com proporção equivalente a leitura por interesse acadêmico 19,0% (Tabela 1).

No que diz respeito a Lei n.º 8.142/90, 33% dos conselheiros que já haviam a lido e, dentre estes, 53,3% afirmaram terem lido seu conteúdo na íntegra. Quanto aos motivos, predominaram as justificativas em prol da prestação de exames de concurso público e para subsidiar a atuação no CMS, ambas justificavas com frequência relativa de 29,4% (Tabela 1).

Esta preponderância de motivos particulares em detrimento dos coletivos corrobora a perspectiva de que o conhecimento legal não pode ser interpretado como

¹⁸ Na perspectiva de Sen (2008), o desenvolvimento é concebido como a remoção de vários tipos de restrição de liberdades que deixam as pessoas com pouca escolha e oportunidade para exercerem sua ação racional, por este motivo este autor no define o desenvolvimento social como uma expressão das liberdades fundamentais.

um dispositivo mecânico de cidadania. Esta última está condicionada pela cultura de participação democrática na qual os valores e prioridades vigentes determinam o uso que os sujeitos farão das oportunidades de acesso a informação, de articulação e participação disponibilizadas (CORREIA DA SILVA, 2005, p. 43).

Esta perspectiva também vai ao encontro da análise de Bobbio (1986) que destaca a necessidade de se reconhecer o contraste existente entre os ideais democráticos e a “democracia real”, observando-se que nesta última, existem uma série de “promessas não cumpridas”, entre elas a crença de que a educação para a democracia surgiria do próprio exercício democrático.

Além do marco regulatório é essencial o domínio sobre os instrumentos de gestão do sistema. Desde a criação do SUS muitos foram os esforços e realizações visando promover sua implantação e funcionamento de forma planejada. Destarte, uma ampla teia de instrumentos de gestão foi desenvolvida com o intuito não somente de embasar e orientar a atuação dos gestores de saúde, mas também de propiciar processos de fiscalização, auditoria e controle das ações e serviços prestados, observando-se que os mesmos estão em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS definidos na CF de 1988.

O Plano de Saúde (PS) é um instrumento de gestão que apresenta as ações de saúde que deverão ser desenvolvidas pelo município durante um determinado período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Sua elaboração está regulada por instrumentos legais, inclusive, desde 2006 os PS(s) passaram a ter o compromisso de estar em consonância com a Portaria GM/MS n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006, que regulamentou o Pacto pela Saúde¹⁹.

O PS é um instrumento que, a partir de um diagnóstico situacional, deve refletir as necessidades de saúde da população e apresentar as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas, servindo de referência para a gestão e execução do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Segundo a Lei n.º 8.142/90 as diretrizes deste plano devem ser traçadas pelos conselheiros durante as Conferências de Saúde (CS) e, após a sua elaboração pelo gestor

¹⁹ O Pacto pela Saúde constitui-se em “acordos firmados entre gestores do SUS, com o estabelecimento de compromissos e metas acerca da melhoria das condições de saúde de um território. O pacto pela saúde, em suas três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, promove inovações nos processos de gestão do sistema, visando assegurar maior efetividade nas ações executadas e redefinição de responsabilidades coletivas a partir das necessidades de saúde identificadas” (COTTA et al., 2013, p. 150).

e sua equipe, o mesmo deve ser apreciado, debatido e aprovado pelo CS, observando-se sua conformidade com o orçamento municipal (BRASIL, 1990a).

Dentre os conselheiros entrevistados, 74% afirmaram terem ouvido falar sobre o PS de Viçosa. Entretanto, 52,1% não sabiam informar se o PS do município havia sido apresentado aos conselheiros e 68,4% afirmaram que desconheciam o seu conteúdo (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise descritiva do domínio de conhecimento sobre o Plano de Saúde (PS) e sobre o Relatório Anual de Gestão (RAG) pelos Conselheiros de Saúde do município de Viçosa, Minas Gerais, 2013

Informações sobre o OS	Distribuição		Informações sobre o RAG	Distribuição	
	Fr(a)*	Fr(b)** (%)		Fr(a)	Fr(b) (%)
Ouviu falar sobre o PS municipal?			Ouviu falar sobre o RAG?		
Sim	38	74,5	Sim	32	62,7
Não	13	25,5	Não	19	37,3
Total	51	100,0	Total	51	100,0
O PS foi apresentado em reunião do CMS?			O RAG foi apresentado em reunião do CMS?		
Não	3	5,9	Não	2	3,9
Não sabe informar	27	52,9	Não sabe informar	31	60,8
Sim	21	41,2	Sim	18	35,3
Total	51	100,0	Total	51	100,0
Conhece o conteúdo do PS municipal?			Conhece o conteúdo do RAG?		
Sim	16	31,4	Sim	16	31,4
Não	35	68,6	Não	35	68,6
Total	51	100,0	Total	51	100,0

*Fr(a): Frequência absoluta; ** Fr(b): Frequência relativa.

Segundo depoimento de uma conselheira representante do governo o PS de Viçosa vigente durante o período da pesquisa, foi elaborado somente por ela, sem o estabelecimento prévio de suas diretrizes na Conferência Municipal de Saúde e, posteriormente não houve uma apreciação detalhada por parte do CMS/Viçosa.

A análise dos conteúdos das atas das reuniões, realizadas durante o período da pesquisa, evidenciou que a elaboração e apreciação do PS não constaram como ponto de pauta de nenhuma reunião durante período estudado. Fato este que vai de encontro a atuação do conselho, conforme previsto legalmente, devendo englobar além de uma

ação caráter fiscalizatório, uma atuação de caráter propositivo, definidor das políticas de saúde (CORREIA, 2005; SOUZA, 2007; COTTA et al., 2010).

De acordo com Carvalho (2007), a proposição é uma das maneiras de participação do cidadão no seu mundo. Segundo este autor,

Na área de saúde há um mundo de questões a serem resolvidas e de problemas esperando boas idéias e saídas. Toda a formulação de estratégias de saúde tem que passar pelo Conselho. Todo o Plano de Saúde tem que passar pelo Conselho. No Conselho a comunidade participa de forma propositiva contribuindo e aprovando o Plano de Saúde (CARVALHO, 2007, p. 117).

O fato de um considerável número de conselheiros (60,8%) desconhecerem o conteúdo do PS, além de representar um descumprimento dos preceitos legais, representa uma perda de oportunidades de estes agentes atuarem de forma propositiva e, juntamente com o poder público, detectarem onde estão os problemas de saúde do município (diagnóstico); estabelecerem para onde se quer ir (objetivos) e; como alcançá-los (estratégia), dificultando o estabelecimento de um pacto de cooperação e corresponsabilidades entre os agentes sociais envolvidos (CARVALHO, 2007).

Tal cenário remete a condição típica de alienação do homem analisada por Paulo Freire. De acordo com este autor, o sujeito encontra-se alienado quando destituído da possibilidade de exercício de sua capacidade crítica-reflexiva de analisar a sua realidade e a situação histórica que a constituiu, estando no mundo sem estar com ele e, conseqüentemente, sem o ímpeto criativo de transformá-lo (FREIRE, 1987).

Tal condição de alienação somente é possível ser superada por meio de uma prática educativa problematizadora e emancipadora, na qual os sujeitos encontrem condições propícias para o desenvolvimento do seu poder de captação e de compreensão do mundo que lhes aparece, em suas relações com ele, não mais como uma realidade estática, mas como uma realidade em processo, em constante transformação, e sobre a qual ele exerce o papel de sujeito (FREIRE, 1987).

Por outro lado, além da participação na construção do PS, a fiscalização dos resultados alcançados na sua execução é igualmente relevante, e também integra as atribuições legais conselhistas. Estes resultados devem estar consolidados e apresentados no Relatório Anual de Gestão (RAG).

O RAG é um instrumento que tem por finalidade apresentar os resultados obtidos pela gestão em saúde no município durante o período de um ano, enfocando os aspectos essenciais contidos no PS referente a um determinado quadriênio, visando

possibilitar o exercício do controle contínuo das políticas do SUS no município (BRASIL, 2009).

O RAG apóia-se na determinação legal de oferecer transparência à sociedade sobre as ações e serviços de saúde, prestando contas dos recursos utilizados no período em análise. Constitui um instrumento de controle previsto no art. 4º da Lei nº 8.142/90 e no art. 39 da Lei Complementar nº 141/12²⁰, que estabelece que a transferência de recursos federais esta condicionada à apreciação e aprovação do RAG pelo CS (BRASIL, 1990b e 2012).

O RAG apresenta a síntese da movimentação dos recursos orçamentários e financeiros em conformidade com o Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), uma análise sucinta das metas do PMS para o ano vigente, assim como, um relato analítico das ações desenvolvidas no exercício em questão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Deve estar em conformidade com a Programação Anual de Saúde (PAS) e deve apresentar recomendações para o ano subsequente fundamentadas na avaliação crítica e propositiva das informações averiguadas.

No contexto de estudo, 62,7% dos conselheiros afirmaram ter ouvido falar sobre o RAG, entretanto, 60,8% não sabiam informar se o mesmo havia sido apresentado ao Conselho e 68,6% disseram desconhecer o seu conteúdo (Tabela 2).

Contrariando a este alto percentual de conselheiros que afirmaram não saber se o RAG foi apresentado e desconhecer o seu conteúdo, identificou-se dentre os pontos de pauta de reunião a apresentação de três Relatórios Anuais de Gestão, inclusive, enviados por email antes da reunião.

O primeiro relatório, referente ao ano de execução de 2007, foi apresentado em reunião ordinária do conselho no dia 16 de abril de 2012, e foi aprovado pela maioria dos conselheiros com uma única abstenção.

O motivo de pelo qual este RAG foi apresentado cinco anos depois do referido ano de execução não constava na ata, mas a sua votação tardia por um conselho cujo mandato não coincidiu com o ano de execução a qual se refere o relatório indica, além de uma inadequação da gestão local em discutir as pautas em tempo hábil, o caráter eminentemente burocrático atribuído RAG pelo gestor, o que dificulta o exercício de

²⁰ A Lei Complementar nº 141/12 “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 nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências” (BRASIL, 2012).

seu papel instrumental de controle e monitoramento de ações e serviços de saúde. Sendo esta, na concepção de Araújo (2010), uma postura típica de uma administração pública que ignora a relevância prática destes instrumentos. Destarte, segundo este autor:

o prestador de contas parece não buscar sequer o atendimento dos itens obrigatórios, tornando o relatório uma peça de mero cumprimento legal de forma a cumprir com mais uma formalidade, e não buscar trazer informações que possam de fato fazer diferença para o exercício do controle social (ARAÚJO, 2010, p. 233).

A informação necessita ser tempestiva, isto é, deve ser divulgada rapidamente e de forma oportuna visando não perder a relevância para o processo decisório bem como para a avaliação das ações da Secretaria de Saúde, caso contrário, ela perde sua capacidade de influenciar a tomada de decisão, passando a não ter valor algum no momento em que é utilizada (GONÇALVES et al., 2011).

O segundo RAG, referente ao ano de execução de 2011, também foi apresentado no dia 16 de abril de 2012, mas sua aprovação, por deliberação dos conselheiros, foi condicionada ao parecer de uma Comissão Especial constituída temporariamente com a finalidade exclusiva de analisar o RAG/2011. O parecer desta comissão foi apresentado em uma reunião ordinária dezoito dias depois, e aprovado por unanimidade.

O terceiro último RAG apresentado no período de estudo, referente ao ano de execução de 2012, foi apresentado na reunião ordinária do dia 18 de fevereiro de 2013. Novamente, deliberou-se pela necessidade de apreciação prévia por uma Comissão Especial temporária, que apresentou seu parecer em uma reunião extraordinária no dia 26 de março de 2013 cujo quórum foi mínimo.

Ressalta-se que na etapa de observação participante, teve-se a oportunidade de acompanhar as reuniões das Comissões Especiais de apreciação dos RAGs. E em ambas detectou-se grande dificuldade dos conselheiros em compreender o conteúdo técnico dos relatórios, inclusive, ao emitir parecer sobre o RAG/2011, o relator da comissão reconheceu a necessidade de capacitação dos conselheiros, conforme registrado em ata da reunião e destacado a seguir:

Sr. José [nome fictício] ressaltou a importância desse estudo por uma comissão que representa o conselho e voltou a falar da necessidade da capacitação dos conselheiros para acompanharem os trabalhos.

Destaca-se que somente 21,6% conselheiros entrevistados relataram ter participado de algum curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde até o momento da entrevista.

Correia (2005) em sua pesquisa junto a CMS de Alagoas, também observou a dificuldade de compreensão de termos técnicos e contábeis empregados nos instrumentos de fiscalização.

Explicações apresentadas por alguns conselheiros a Gonçalves et al. (2011) quanto aos desafios do controle social, incluíam o fato “das informações serem divulgadas e apresentadas nas reuniões plenárias em formato “muito técnico” (p. 660).

Observa-se um consenso entre os estudiosos no que diz respeito a compreensão de que os instrumentos de prestação de contas ainda são muito complexos e dificultam a avaliação, sendo primordial para o desempenho mais efetivo, que as informações sejam disponibilizadas de forma mais adequada e compreensível (COTTA et al., 2009; GONÇALVES et al., 2011).

Corroborando esta análise Gonçalves et al. (2013) observaram em sua pesquisa a dificuldade de relacionar o que fora estabelecido como meta e o que foi cumprido; a ausência de objetivos claros e a indefinição de prioridades como obstáculos presentes nos relatórios que impediam que os mesmos viessem a se configurar como uma ferramenta útil aos conselheiros. Tais condições pareceram plenamente evidenciadas nos RAGs apresentados ao CS.

Para Freire (1987), a ausência de preocupação de se fazer chegar uma informação de forma condizente com a realidade de vida dos sujeitos constitui-se a razão pela qual muitos planos políticos ou pedagógicos fracassaram. Segundo este autor:

Não seriam poucos os exemplos, que poderiam ser citados, de planos, de natureza política ou simplesmente docente, que falharam porque os seus realizadores partiram de sua visão pessoal da realidade. Porque não levaram em conta, num mínimo instante, os homens em *situação* a quem se dirigia *seu* programa, a não ser como puras incidências de sua ação (FREIRE, 1987, p. 47).

No presente estudo, além dos obstáculos supracitados, também se observou a imprecisão de indicadores epidemiológicos obliterando o entendimento da realidade relativa à oferta e cobertura de serviços prestados.

Segundo Braathen (2013), uma nova informação para ser efetivamente apreendida necessita atender a três condicionalidades: primeiro, ser inteligível, isto é, passível de compreensão; segundo, ter plausibilidade, o que significa fazer sentido para quem a recebe e; terceiro, ser útil, mostrando-se um conhecimento importante de se saber e que apresenta alguma aplicabilidade.

Ademais, além da dimensão técnica, outro desafio apontado por Correia (2005), diz respeito ao compromisso do gestor e sua equipe de disponibilizar de forma plena e transparente as informações.

Neste sentido, ressalta que mesmo em face da existência da determinação constitucional da prestação de contas do governo perante os conselhos, existem diversos artifícios contábeis que possibilitam mascarar a realidade.

Entretanto, a complexidade técnica ou um possível mascaramento da informação contida nos RAG(s) sinalizam a razão pela qual um percentual menor de conselheiros (31,4%) afirma conhecer o seu conteúdo, mas não esclarece o fato da maioria dos conselheiros (60,8%) não terem sabido sequer informar se os mesmos foram apresentados em reunião do CMS/Viçosa, principalmente, se considerar que os RAG(s) foram encaminhados juntamente com as pautas das reuniões com antecedência.

Neste momento, impõe-se a reflexão acerca dos meios de comunicação disponíveis para levar a informação aos conselheiros, ou para que ele possa acessá-la quando sentir necessário.

Destacou-se anteriormente que os RAG(s) assim como demais documentos, em geral, são disponibilizados aos conselheiros por correio eletrônico, ficando o acesso aos seus conteúdos diretamente condicionados a disponibilidade de um computador com conexão a internet. Entretanto, no decorrer das entrevistas, foi possível constatar as condições de moradia e trabalho dos conselheiros que, em alguns casos, eram bastante precárias e ainda muito distantes da possibilidade de usufruir dos benefícios da chamada sociedade da informação, caracterizada por uma cultura digital centrada no uso intensivo das novas tecnologias de informação e comunicação (MORAES et al., 2009).

Contrariando a Quarta Diretriz da Resolução n.º 453/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que determina que o governo deve garantir dotação orçamentária, autonomia financeira, apoio técnico e necessária infraestrutura para pleno funcionamento do Conselho, o CMS/Viçosa também não dispunha de espaço físico com computador e internet que poderiam assegurar aos conselheiros o acesso a informação veiculada virtualmente.

Acrescente a estas limitações físicas, o fato de alguns conselheiros não possuírem domínio de conhecimento e familiaridade com estas tecnologias de informação.

Essa situação de desigualdade de acesso e uso das tecnologias da informação entre conselheiros de saúde também foi diagnosticada por Moraes et al. (2009). Estes

autores concluiriam que a exclusão digital ocasiona assimetrias nos processos deliberativos dos colegiados, em termos da capacidade crítica de análise e argumentação, principalmente, no contexto de um sistema em que a parcela significativa da informação em saúde é disponibilizada em sítios eletrônicos.

Outra hipótese explicativa para esta contradição entre os relatórios terem sido apresentados, discutidos e terem seu conteúdo desconhecido por parcela significativa dos conselheiros, reside na incipiente participação dos conselheiros nas reuniões: 11,8% dos conselheiros afirmaram não participar das reuniões do conselho, 39,2% afirmaram participar raramente e, menos da metade (49,0%) disseram frequentar com regularidade (Figura 1).

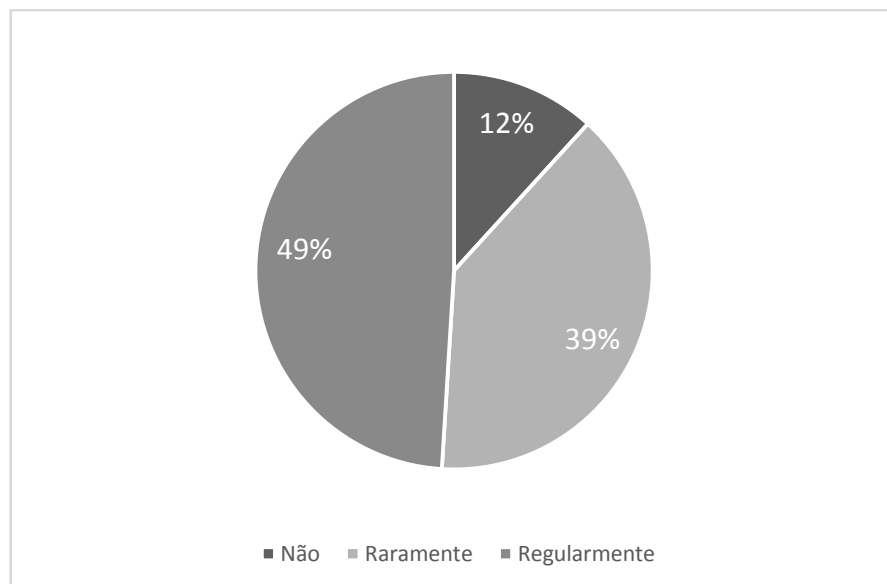


Figura 1 - Proporção de Conselheiros de Saúde que participam das reuniões do Conselho de Saúde, Viçosa, Minas Gerais, 2013.

Quando indagados sobre o motivo destas faltas, diversos fatores foram apontados, dentre eles, destacou-se a ignorância dos temas abordados. O que leva a concluir pela possibilidade de ocorrência de um ciclo vicioso onde a ignorância limita a atuação dos conselheiros, levando-os a comportamentos de omissão e conformismo em detrimento à práticas de cidadania, participação e controle social (COTTA et al., 2009).

Por fim, cabe ressaltar que, os resultados aqui apresentados e discutidos são restritos ao contexto do conselho de saúde ora investigado.

Considerações finais

Considerando que a participação e o controle social do SUS requerem o domínio de competências técnicas básicas, cujas ausências são contrárias às condições elementares da liberdade participativa, buscou-se neste estudo avaliar o domínio de informações sobre o SUS por parte dos conselheiros membros do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa.

Foram eleitas como parâmetro de análise as LOS(s) (enquanto instrumentos jurídicos), o PS e o RAG (enquanto instrumento de técnico-administrativos), e observou-se uma desigualdade relativa ao conhecimento destes instrumentos por parte dos conselheiros. Os fatores determinantes desta desigualdade oscilaram entre o caráter burocrático atribuído aos mesmos; o formato extremamente técnico e codificado; a falta de apoio técnico; e as precárias infraestrutura e familiaridade para acessar informações veiculadas predominantemente virtualmente.

Somados a estes problemas relativos à compreensão e acesso à informação percebeu-se a ocorrência de uma cultura política onde prevalece ora a defesa de interesses particulares, ora o autoritarismo, ora a omissão ou desinteresse em relação às causas coletivas.

Ademais, considerando que a abertura a participação social na saúde ocorreu em um contexto de um sistema de saúde cada vez mais complexo e em construção, no qual, continuamente, emergem novos instrumentos e procedimentos jurídicos e técnico-administrativos, conclui-se pela necessidade de capacitações permanentes dos conselheiros.

Ignorar a premência desta formação contínua possibilita aos detentores do poder político a perpetuação de práticas autoritárias e incompatíveis com as reais demandas em saúde da população.

A capacitação dos conselheiros nessa perspectiva é concebida como uma prática educativa promotora do libertação/emancipação na qual, além do repasse de informações essenciais sobre os conteúdos normativos que os conselheiros precisam dominar para o exercício pleno de suas atribuições, ocorra um processo de fomentação e consolidação de uma cultura de participação política democrática e de resistência ao autoritarismo e clientelismo típicos da cultura brasileira, especialmente nos municípios de pequeno e médio porte.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil, entidade do governo brasileiro voltada para a formação de recursos humanos. Processo n.º 23038.009788/2010-78, AUX-PE - Pró-Ensino Saúde 2034/2010.

Referências bibliográficas

ARAUJO, M.A.D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 27, n. 3, p. 230-236, mar. 2010.

BAPTISTA, T.W.F. História das políticas de saúde no Brasil: trajetória do direito a saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições, 2000.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. 6.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BRAATEN, P.C. **Professor: como ter sucesso no ensino superior**. Viçosa: Aprenda Fácil, 2013. 277 p.

BRAGA, I.F. A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI. In: MOROSINI, M.V.G.C.; REIS, J.R.F. **Sociedade, estado e direito à saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em: 25 maio 2010.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. 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, v. 128, n. 182, p. 18055-18059, Seção I, pt. 1, set. 1990b.

_____. Lei Complementar n.º 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 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 137, 16 de janeiro de 2012, seção 1, p. 44.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, G.C.M. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2007.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE - CMS. **Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, Minas Gerais**. Aprovado em 19/03/2007 e alterado pelas Resoluções 002/2008 e 005/2010.

CORREIA, M.V.C. **Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CORREIA DA SILVA, J.O. **Amartya Sen: desenvolvimento como liberdade**. 2005. Tese (Doutorado em Economia) - Faculdade de Economia do Porto, Porto, 2005.

COTTA, R.M.M.; MENDES, F.F.; MUNIZ, J.N. **Descentralização das políticas públicas de saúde: “do imaginário ao real”**. Viçosa: UFV, 1998.

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. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009.

COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; CASTRO RODRIGUES, J.F.; GOMES, K.O.; JUNQUEIRA, T.S. Controle social no sistema único de saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 853-872, 2010.

COTTA, R.M.M.; CAMPOS, A.A.O.; MENDONÇA, E.T.; COSTA, G.D., MACHADO, J.C.; SILVA, L.S.; SIQUEIRA, R.L.; LEÃO, R.T.; REIS, R.S. **Políticas de Saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa: UFV, 2013. 288 p.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009.

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

GHON, M.G. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. São Paulo: Cortez, 2001.

GOMES, E.G.M. **Conselhos gestores de políticas públicas**: democracia, controle social e instituições. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003.

GONÇALVES, A.O.; GONÇALVES, R.S.; TAVARES, A.L. O olhar dos Conselheiros de Saúde sobre os relatórios de prestação de contas no município de Natal (Rio Grande do Norte), Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 659-672, 2011.

LABRA, M.E. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿un círculo virtuoso? **Cad. Saúde Pública**, v. 18, p. 47-55, 2002.

MATTA, G.C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de planejamento do SUS**: uma construção coletiva. Brasília, 2009. (Série Cadernos de Planejamento, 2). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno2_planejasus_2ed.pdf>. Acesso em: 01 jan. 2014.

MORAES, I.H.S.; VEIGA, L.; VASCONCELLOS, M.M.; SANTOS, S.R.F.R. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, v. 14, n. 3, p. 879-888, 2009.

PAIM, J.S. Reforma sanitária brasileira: avanços limites e perspectiva. In: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 91-122.

SANTOS, N.R. Democracia e participação da sociedade em saúde. In: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 227-248.

SEN, A.K. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008. 409 p.

SOUZA, W.S. Participação popular e controle social na saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

6.3. Artigo original 3

Titulo: O empoderamento de conselheiros municipais de saúde por meio de metodologias ativas de ensino e aprendizagem: análise da experiência do mapeamento conceitual

Title: The empowerment of councilors health through active methods of teaching and learning: analysis of the experience of the conceptual mapping

Resumo

Decorridos mais de duas décadas de instituição dos Conselhos de Saúde (CS) como instâncias formais da participação social no Sistema Único de Saúde, evidências científicas revelam uma série de fatores que dificultam sua consolidação plena, dentre eles, as precárias competências técnica e representativa dos conselheiros. Tal fato tem demandado o empoderamento de conselheiros por meio de metodologias ativas de ensino e aprendizagem que se caracterizam por estimular o pensamento reflexivo e crítico necessário a uma ação política qualificada. Entretanto, há uma escassez de estudos que avaliam o potencial destas metodologias no contexto dos CS(s). O objetivo este trabalho é proceder a uma análise do Mapa Conceitual (MC), enquanto metodologia ativa de ensino e aprendizagem, no empoderamento de conselheiros de saúde. O MC esta fundamento na Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel. Trata-se de uma pesquisa-intervenção, no qual o MC foi aplicado no decorrer de um Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde e analisado a partir dos seguintes critérios: configuração, número de conceitos e domínio semântico apropriado dos mesmos Conclui-se que o MC propicia o conhecimento reflexivo e crítico fundamental à organização de uma sociedade democrática, mas a sua utilização demanda adequações contextuais.

Palavras-chave: participação social, empoderamento, conselhos de saúde.

Abstract

After more than two decades for the establishment of councils health (CS) as the formal instances social participation in the Unified Health System, scientific evidence reveals a number of factors that hinder their full consolidation, among them, poor technical skills of counselors and representative . This fact has sued empowerment of councilors through active methods of teaching and learning that are characterized by

encouraging reflective thinking and critical necessary for a qualified policy action. However, there is a paucity of studies evaluating the potential of these methodologies in the context of CS (s). The aim of this work is to undertake an analysis of the conceptual map (CM) as active methodology of teaching and learning in empowering health counselors. The MC this foundation in Meaningful Learning Theory David Ausubel. This is an intervention research, in which the MC was applied during a Training Course for Health Counselors and analyzed based on the following criteria: configuration, number of concepts and appropriate semantic domain the conclusion, that the MC provides knowledge reflective and critical fundamental to the organization of a democratic society, but their use demands contextual adjustments.

Keywords: social participation, empowerment, councils health.

Introdução

Decorridas duas décadas de instituição dos Conselhos de Saúde enquanto instâncias formais da participação social do Sistema único de Saúde (SUS), evidências científicas revelam uma série de fatores que dificultam sua consolidação plena, dentre eles, as precárias competências técnica e representativa dos conselheiros de saúde^{1,2,3}.

A primeira se expressa na dificuldade de perceber, compreender, articular e compatibilizar – dentro de um contexto deliberativo de igualdade de oportunidades e pluralidade de idéias e interesses – os interesses das bases de origem com os interesses gerais da população, fazendo prevalecer proposições individuais, privadas e, ou, corporativas em detrimento de proposições consensuais em prol da coletividade^{4,5,6,7,8}.

A incipiente competência técnica, por sua vez, se revela na falta de conhecimento, pontual ou concomitante, relativos: a) aos princípios e diretrizes basilares do sistema de saúde; b) aos instrumentos normativos; c) aos mecanismos de gestão, financiamento e operacionalização do SUS; d) às instâncias e procedimentos de controle social; e e) ao papel dos conselheiros e à realidade em que atuam^{2,9,1,10,11,8}.

Para superação deste quadro, constatou-se que, além das garantias legais, seria também necessário que os conselheiros fossem munidos do efetivo poder de intervir na realidade^{1,11,8}, sendo empoderados acerca das suas possibilidades de controle dos aspectos significativos relacionados à sua própria existência¹².

Nesta perspectiva, a força política mostrou-se diretamente condicionada ao aumento da capacidade de apropriação de conhecimentos e informação que

possibilitasse maior habilidade argumentativa nos espaços conquistados de participação social¹³.

Como mecanismo de empoderamento, os estudos científicos, relatórios de conferências e diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) recomendam a capacitação dos conselheiros de saúde.

Contudo, advertem quanto a irresolubilidade destas quando adotam metodologias tradicionais de ensino e aprendizagem que se limitam a transmissão de conteúdos técnicos de forma expositiva e descontextualizada^{9,8,7,14}.

As metodologias tradicionais também são criticadas por gerarem um aprendizado passivo, dependente e pouco reflexivo, incapaz de promover consciência crítica para transformar criativamente a realidade vivida^{15,16,17,18}.

Conseqüentemente vêm se delineando de forma gradativa a demanda por capacitações realizadas por meio de metodologias ativas de ensino e aprendizagem. Argumenta-se que estas metodologias contribuem para o pensamento reflexivo e crítico que qualifica a ação política e promove o empoderamento dos sujeitos^{19,20}.

Ademais, infere-se que as metodologias ativas por terem como ponto de partida os conhecimentos, as dúvidas e os questionamentos dos conselheiros, exteriorizados por meio de procedimentos didáticos, dinâmicos e interativos, permitem aos mesmos atuarem como sujeitos do processo, apontando, inclusive, temas e conteúdos a serem desenvolvidos⁹.

Para tanto, as metodologias ativas adotam instrumentos pedagógicos inovadores que possibilitam o aprendizado significativo e autônomo valorizando os distintos saberes, desenvolvendo a consciência crítica e estimulando a liberdade criativa¹⁵.

Dentro desta categoria de instrumentos pedagógicos inovadores encontra-se o Mapa Conceitual (MC), uma ferramenta pedagógica desenvolvida por Josef Novak e colaboradores, e que constitui-se na representação gráfica do conhecimento²¹.

O MC fundamenta-se na teoria da aprendizagem significativa desenvolvida por Ausubel²² e diz respeito ao ato de relacionar, de forma não arbitrária e substantiva (não literal), uma nova informação a outras informações preexistentes na estrutura cognitiva do aprendiz. Por tratar-se de uma experiência idiossincrática, tais relações, diferem conforme as condições psico-afetiva, cognitiva e sócio-culturais dos educandos^{23,22}.

O MC pode ser utilizado como instrumento de diagnóstico, de construção e/ou de avaliação do conhecimento^{24,25,26}, e possui diversas evidências científicas acerca dos

benefícios em adotá-lo, tais como, a promoção do aprendizado reflexivo, criativo e autônomo^{21,27}.

Ademais, quando construídos coletivamente promovem o aprendizado interativo, solidário e colaborativo, constituindo-se em “ato social”^{28,29}. Tais atributos são plenamente desejáveis em instâncias de deliberação colegiada como os conselhos de saúde.

Entretanto, o MC não pode ser tomado como uma “varinha mágica”²¹, que independente das condições de ensino e aprendizagem promova o aprendizado significativo e crítico, sendo imperativo conhecer seus fundamentos teóricos conceituais, seus elementos estruturantes e, essencialmente, as peculiaridades relativas aos educandos e aos seus contextos de vida.

Apesar de ampla nos contextos de educação formal, a literatura científica é relativamente escassa em relação a aplicação do MC em espaços não formais onde o processo de ensino e aprendizagem ocorre em condições bastante diversas da sala de aula.

A heterogeneidade cultural e técnica dos conselheiros; a natureza política das deliberações; o caráter voluntário e transitório da participação; a frequência esporádica das reuniões e a desigualdade política e estrutural das entidades representativas são condições peculiares dos conselhos de saúde, e que carecem de investigações quanto à interferência que possam causar no potencial do MC na formação de competências necessárias a participação e controle social no âmbito do SUS.

Destarte, o objetivo deste trabalho é proceder a uma análise estrutural do MC no empoderamento de conselheiros de saúde. A expectativa é que os resultados desta pesquisa sirvam de subsídio analítico da pertinência em adotar o MC como estratégia de empoderamento de conselheiros de saúde.

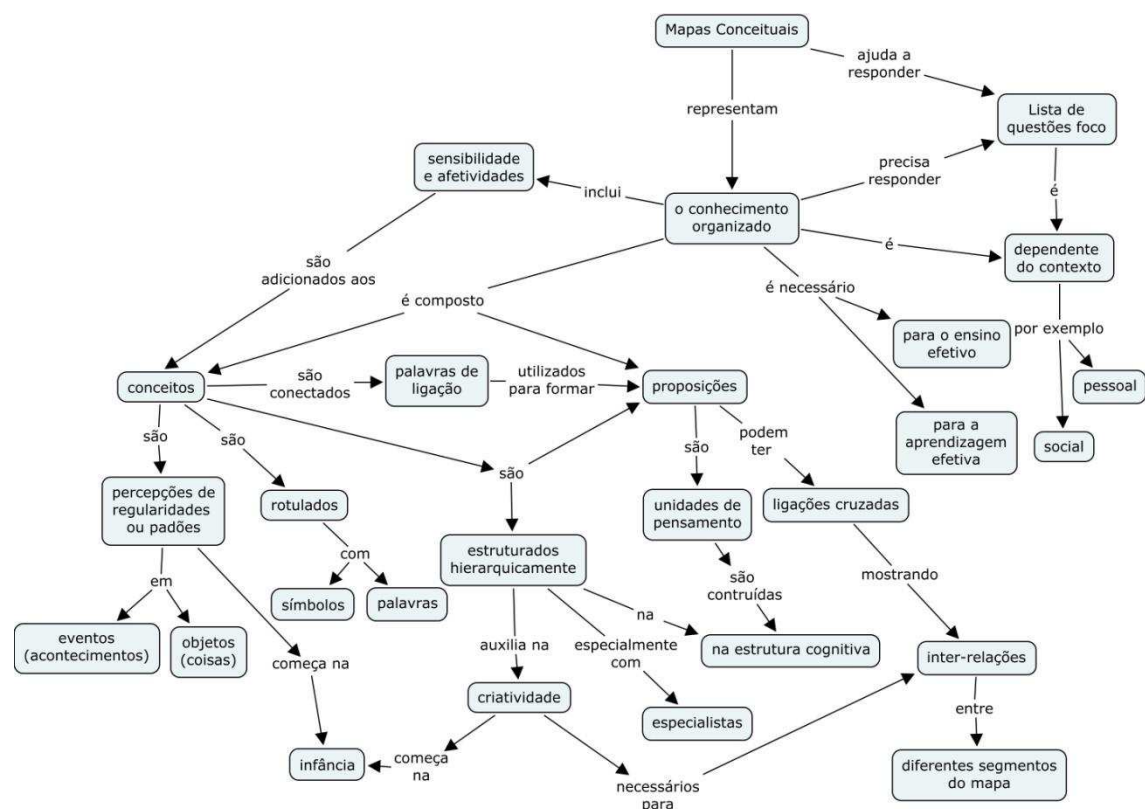
Estrutura do MC

Os MCs são constituídos por três elementos básicos: 1) conceitos; 2) palavras ou termos de ligação; e 3) proposição. Os conceitos são alocados em “caixas” e interligados entre si por meio de termos de ligação^{38,25}. A dois ou mais conceitos, conectados por frases de ligação denomina-se proposição, unidade semântica ou unidade de significado²¹, sendo o primeiro termo, mais usual. Um conceito pode integrar mais de uma proposição.

As proposições têm um sentido de leitura indicado por meio de uma seta e se constituem em estruturas fundamentais dos mapas conceituais por expressarem a forma como os conceitos se relacionam²⁵. O processo de formação das proposições inclui a capacidade de análise e a síntese do conhecimento e demanda níveis altos de desempenho cognitivo²¹. Tais processos cognitivos promovem a capacidade de aprender a aprender e nesta perspectiva, o MC está também fundamentado na teoria construtivista de Jean Piaget^{17,27}.

De acordo com Moreira³⁸, pode-se utilizar figuras geométricas – elipses, retângulos, círculos – ao traçar mapas, mas para este autor, tais figuras, em princípio são irrelevantes. Quanto às linhas, destaca que a ligação que estabelecem entre os conceitos são significativas, mas o cumprimento e a forma das mesmas são destituídos de qualquer sentido, a menos que estejam acopladas a certas regras previamente estabelecidas de construção.

A Figura 1 demonstra a representação gráfica de um mapa conceitual.



Fonte: Novak e Canãs (2008).

Figura 1 - Mapa conceitual mostrando conceitos chaves de um mapa conceitual.

Sujeito e métodos de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo pesquisa-ação, e que se caracteriza por uma tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática³⁰. O público-alvo desta pesquisa foram os membros do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa (CMS/Viçosa), Minas Gerais.

Os MC(s) foram construído por dois grupos de conselheiros no decorrer de um curso de capacitação de conselheiros realizado em março de 2013 e com carga horária de 20 horas distribuídas no decorrer de três dias. Cada grupo foi composto por 19 sujeitos. Seguindo metodologia proposta por Moreira²⁴, a construção dos MCs foi precedida por explicação e orientação sobre seus elementos constituintes e diretrizes.

Cada grupo foi desafiado a responder a questão focal sobre a situação e papel do CMS/Viçosa na estrutura do SUS, tomando como referencial de análise o conteúdo temático apresentado e debatido nas atividades didáticas prévias. Visando a assegurar a apresentação de material potencialmente significativo – condição fundamental para a aprendizagem significativa²²- o conteúdo destas atividades incorporou dúvidas e questionamento recorrentes dos conselheiros de saúde e detectados em diagnóstico situacional preliminar realizado por meio de entrevistas semi-estruturadas e da *análise* documental das atas das reuniões do Conselho de Saúde. A Figura 2 apresenta a sequência destas atividades didáticas prévias.

Cicuto e Correia²⁵ ressaltam que a análise detalhada da estrutura dos MCs pode revelar informações latentes não percebidas somente a partir da avaliação de seu conjunto de proposições como é comum ocorrer. Desta forma, inicialmente, procedeu-se uma análise estrutural quali-quantitativa dos MC(s) construídos aqui denominados como MC I e MC II, construídos respectivamente pelos grupos A e B.

Os MCs foram analisados a partir dos seguintes critérios: forma de configuração, número de conceitos e domínio semântico apropriado dos mesmos. Os dois primeiros critérios foram analisados por meio da observação e contagem direta. O domínio semântico apropriado dos conceitos se efetuou por meio da análise da ordem de distribuição buscando-se identificar a ocorrência de correlações subordinativas ou não, que de acordo com Novak³¹ são indicativas da percepção da existência de conceitos mais inclusivos ou mais particulares para um determinado contexto de estudo.

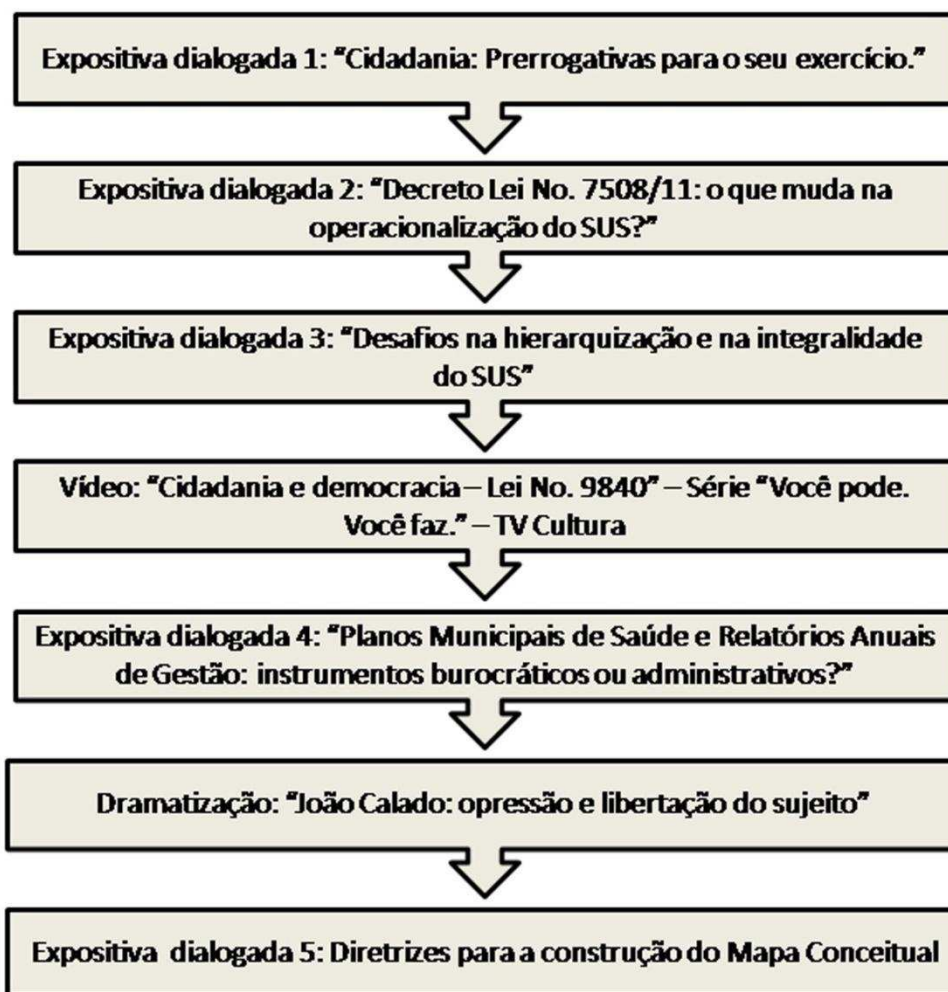


Figura 2 - Sequência das atividades didáticas prévias à construção dos mapas conceituais pelos conselheiros municipais de saúde, Viçosa, Minas Gerais, 2013.

Em seguida, em uma perspectiva processual, analisou-se se a experiência de aprendizagem via Mapa Conceitual a partir da visão dos próprios conselheiros de saúde. Os relatos desta experiência foram adquiridos por meio da técnica do grupo focal conforme preconizada por Neto et al.³². A adoção desta técnica deve-se ao fato da mesma promover a reflexão coletiva expressa através da “fala” dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre o tema investigado. As falas dos conselheiros foram analisadas por meio da análise temática de acordo com técnica preconizada por Bardin³³.

Em cumprimento ao disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos

da UFV, protocolo n.º 056/2012 e, seguindo o princípio ético de preservação da identidade dos sujeitos da pesquisa, os depoimentos foram codificados aleatoriamente como CMS¹, CMS², etc.

Resultados e discussão

Ao iniciar a análise estrutural dos MC(s), o primeiro fator que chama a atenção é o fato dos mesmos terem sido construídos manualmente (Figuras 3a e 4a), visto que, no contexto atual, o ser humano está em permanente interação com a tecnologia e há numerosas evidências científicas de que o computador e a internet colaboram significativamente na construção do conhecimento^{31,28,34}.

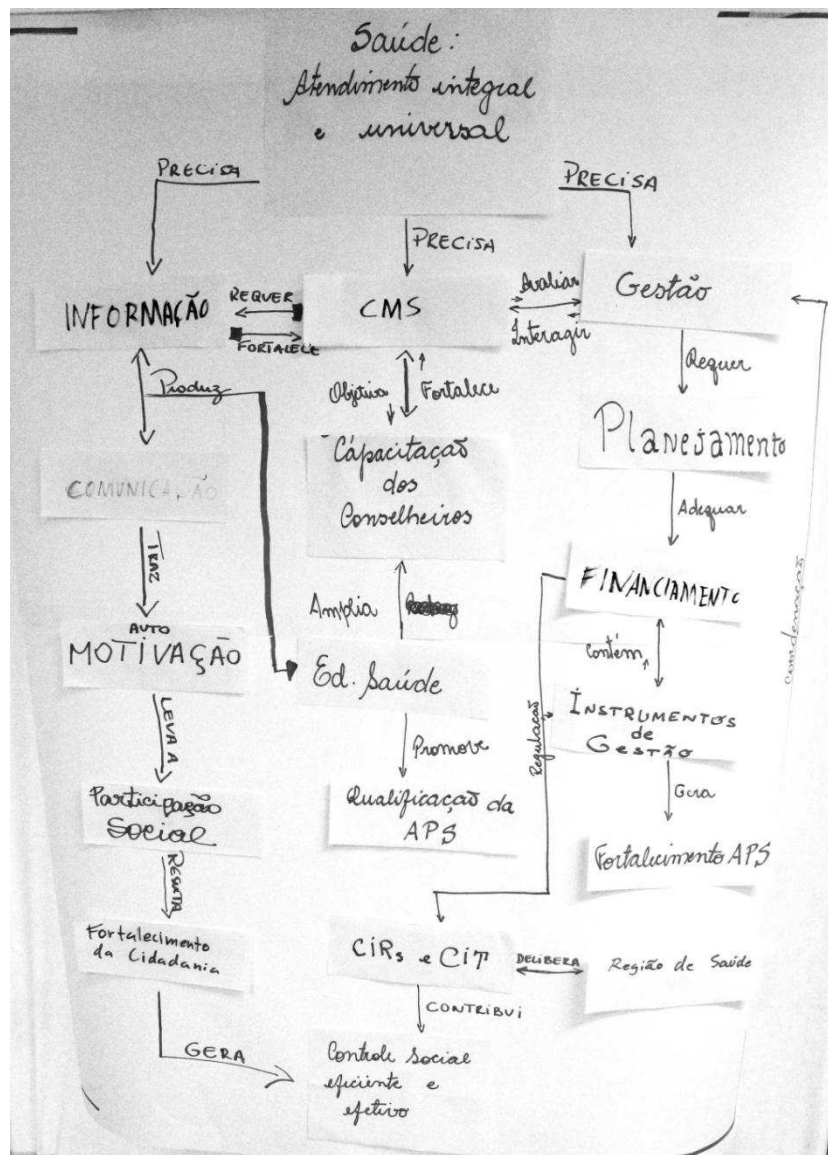


Figura 3a - Mapa Conceitual I (MC I) construído pelo grupo A no Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde, Viçosa, Minas Gerais, 2013.

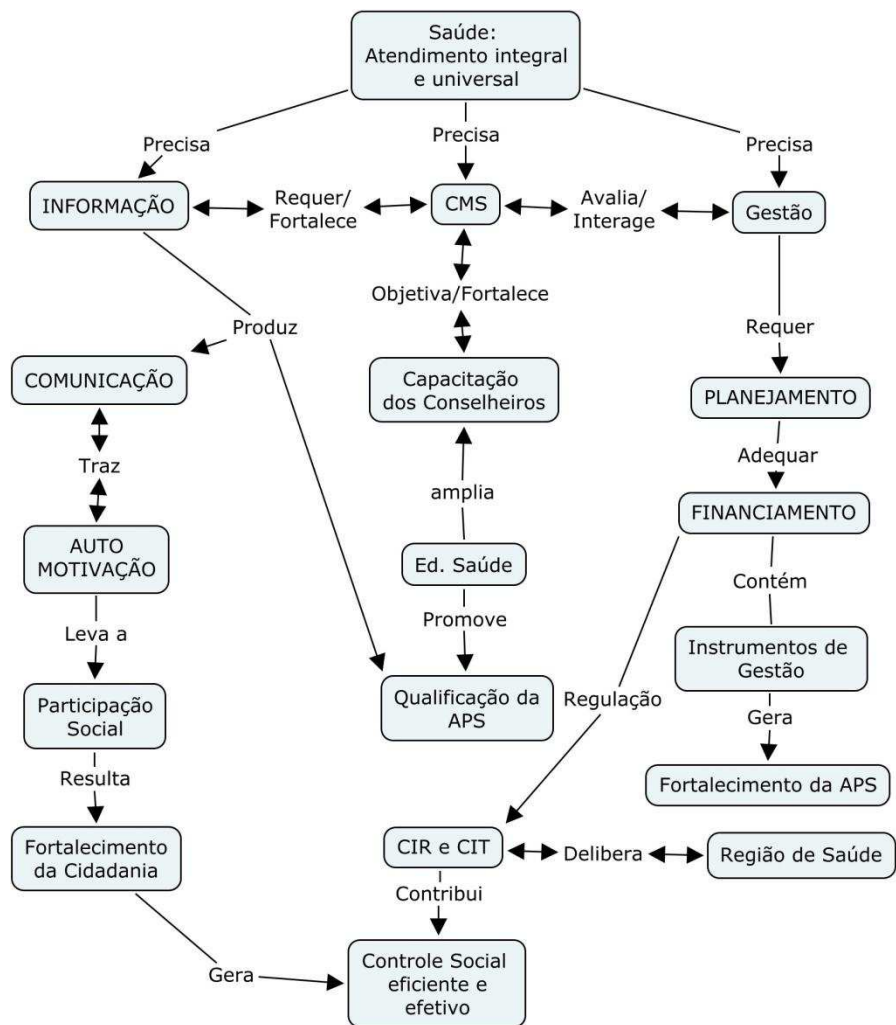


Figura 3b – Versão digital do Mapa Conceitual I (MC I), Viçosa, Minas Gerais, 2013.

Especificamente, em relação ao mapeamento conceitual, dispõe-se hoje de softwares próprios para construção do MC, dentre eles, o CMap Tool (<http://www.coginst.uwf.edu>), um software para edição de mapas, desenvolvida pela equipe do Dr. Novak vinculada ao Institute for Human and Machine Cognition (IHMG) e que permite a associação de nós de um mapa a outros mapas, a arquivos de áudio e vídeo, figuras, páginas de texto e páginas Web³⁵. As figuras 3b e 4b representam exemplos de versões digitais dos MC(s) I e II construídas por meio do CMap Tool, pelos próprios autores deste artigo.

O uso destas ferramentas tecnológicas na capacitação dos conselheiros expressou uma das primeiras limitações peculiares ao contexto de estudo em função de dois fatores: precárias condições estruturais como, por exemplo, a indisponibilidade de computadores e, a ausência de conhecimentos básicos e familiaridade com computador e internet por alguns conselheiros.

No que tange a primeira limitação, embora esteja previsto na Quarta Diretriz da Resolução n.º 453/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que governo deve garantir dotação orçamentária, autonomia financeira, apoio técnico e necessária infra-estrutura para pleno funcionamento do conselho, o CMS/Viçosa possui condições estruturais limitadas para o desempenho de suas atividades ordinárias e, para a capacitação dos conselheiros não dispunha sequer de computador disponível para apresentação de slides durante atividades didáticas, sendo utilizado um laptop particular, assim como, o espaço físico e outros recursos empregados foram gentilmente emprestado ou cedidos.

Por outro lado, embora o CMapTool seja um programa de fácil usabilidade e com uma interface agradável e intuitiva²⁴, requer conhecimentos básicos e familiaridade com computador e internet, condição esta não alcançada por alguns conselheiros conforme detectado na etapa diagnóstico.

Vale ressaltar que os conselhos são instâncias colegiadas de composição eclética sobre vários aspectos, inclusive, em relação à idade, nível escolaridade e condições sócio-econômicas dos conselheiros. Durante o período de entrevistas foi possível observar as condições de moradia e trabalho dos conselheiros e, em alguns casos, elas eram bastante precárias e ainda muito distantes do acesso aos benefícios da chamada “sociedade da informação”, caracterizada por uma cultura digital centrada uso intensivo das novas tecnologias de informação e comunicação³⁶.

Esta situação de desigualdade de acesso e uso das tecnologias da informação entre conselheiros de saúde também foi diagnosticada por Moares et al.¹³ que, inclusive, infere que a exclusão digital pode ocasionar assimetrias nos processos deliberativos colegiados em termos da capacidade crítica de análise e argumentação, principalmente, no contexto de um sistema onde parcela significativa da informação em saúde é disponibilizada em sítios eletrônicos. Neste sentido, ressalta que o enfrentamento efetivo dessa desigualdade é estratégico ao avanço do exercício do controle social e ao projeto democratização que se quer construir no Brasil¹³.

Quanto ao MC, embora as ferramentas tecnológicas não sejam condições indispensáveis para o mapeamento conceitual, a literatura evidencia que acesso as mesmas incrementam o seu potencial de ensino e aprendizagem na medida em que possibilitam a indexação e o compartilhamento de conteúdos; a aprendizagem a distância e colaborativa e; ampliam o seu caráter dinâmico por facilitar a revisão de proposições e o estabelecimento de cross-links^{35,31,24,29}.

Outro aspecto evidenciado na análise estrutural foi à diferença de formato entre os MC I e MC II. Enquanto o MC I (Figura 3) apresentou uma estrutura de teia na qual o Conselho Municipal de Saúde foi colocado no centro do mapa, MC II (Figura 4) representou uma estrutura tipicamente hierárquica, onde a informação é apresentada em forma descendente de importância, colocando-se a informação mais importante no início da cadeia hierárquica¹⁷.

De acordo com Novak e Cañas²¹, o MC pode ser organizado de diferentes maneiras, na dependência do contexto de aprendizado e das escolhas realizadas pelos sujeitos de sua preparação. A sua alternância estrutural é um reflexo das idiosincrasias presentes no processo de aprendizagem, ou seja, depende da estrutura cognitiva preexistente, do estado emocional, físico e do contexto social que em vivem os sujeitos³¹.

A possibilidade de manifestar estas idiosincrasias, é um dos elementos distintivos da aprendizagem mecânica em relação a aprendizagem significativa e um fator evidenciado de motivação e empoderamento conselheiros conforme ilustra as falas abaixo:

É, o formato dos mapas ali mostra muito da personalidade. (...) Então você vê, vê a personalidade do grupo que formou o mapa, tá muito claro ali. E essa diversificação que é bonito. Essa variação de pensamento. (...) que todo mundo tem alguma coisa pra acrescentar. (Depoimento CMS1).

Ademais, Moreira³⁸ afirma que não há regras gerais fixas para o traçado dos mapas conceituais, e o que realmente importa, é se mesmo é capaz de evidenciar significados apropriados dos conceitos e as relações entre eles no contexto de um corpo de conhecimentos.

Importante também que a estrutura do mapa seja capaz de expressar a relação hierárquica entre conceitos, demonstrando claramente quais são os conceitos inclusivos, de caráter mais abrangente, e quais são os conceitos mais particulares, de caráter específico³¹. Esta a organização hierárquica dos conceitos sugere o sequenciamento mais adequado do material instrucional e, a ausência deste, ilustra a sua má compreensão²².

Na pesquisa em questão, o MC I manifesta adequadamente algumas correlações subordinativas como, por exemplo, na proposição: [SUS] → organizado em → [Níveis de Atenção].

De fato, o Sistema Único de Saúde é o conceito mais inclusivo que incorpora dentro da sua estrutura de serviços os diferentes Níveis de Atenção: Primário, Secundário e Terciário³⁹.

Entretanto, neste mesmo MC encontra-se a proposição: [Cidadania] → é → [CMS].

Esta proposição expressa uma relação equivocada de equivalência entre conceitos, inclusive, enfatizada pela seta em duplo sentido. O conceito de cidadania além ter sentido distinto do conceito de CMS, possui em relação a este um caráter mais abrangente, dado que os conselhos de saúde representam apenas um dos espaços onde se pode manifestar o exercício da cidadania^{6,40}.

Em MC II a inclusão de dois e até três conceitos inclusivos em um único nó do grafo, como na proposição: [Saúde: atendimento integral e universal] → precisa → [Gestão SUS], indica tanto uma dificuldade de discernir e hierarquizar conceitos, como também a possibilidade de uma aprendizagem mecânica, como mera reprodução do formato dos conceitos apresentados em alguns slides apresentados e debatidos nas atividades didáticas.

Na aprendizagem mecânica o conhecimento novo é incorporado de forma literal e arbitrária na estrutura cognitiva do aprendiz²². O problema reside no fato de que a maior parte deste "conhecimento" logo se torna irrecuperável na memória de longo prazo, e mesmo quando lembrado, raramente o aprendiz consegue aplicar este conhecimento em novos contextos para resolver problema³¹.

Esta incapacidade de transferir conhecimento é denominada "aprendizagem situada"³¹ e pode restringir o poder de atuação dos conselheiros de saúde que na sua prática cotidiana são desafiados a influenciar ou tomar parte no processo de gestão da política de saúde, o que implica serem capazes de utilizar o conhecimento para deliberar de forma crítica e consciente para a transformação da realidade, sentindo-se sujeitos das suas condições de vida¹⁵.

A análise comparativa de MC I e MC II ainda evidencia uma variação em relação ao número de conceitos. O MC I e MCII apresentaram, respectivamente, 23 e 18 conceitos (Tabela 1).

Cicuto e Correia²⁵ inferem em seus estudos que a quantidade de conceitos e proposições presentes num MC não apresenta relação direta com o nível de aprendizado sobre o tema mapeado e que a avaliação quantitativa desconsidera a qualidade das proposições e as imprecisões conceituais.

Compreende-se que a dimensão subjetiva constitui-se a essência da avaliação de uma ferramenta fundamentada na aprendizagem significativa, entretanto, na análise estrutural a dimensão quantitativa é um indicador de Estruturas Proposicionais Inapropriadas ou Limitadas, principalmente quando se avalia MCs de iniciantes em mapeamento conceitual.

Tabela 1 - Conceitos-chave selecionados pelo grupo A (MC I) e grupo (MC II), Viçosa, Minas Gerais, 2013

Conceitos chaves MC I	Conceitos chaves MC II
Conferência de Saúde	Saúde: atendimento integral e universal
Corrupção	Informação
Conselho Municipal de Saúde	Conselho Municipal de Saúde
Gestor	Gestão SUS
Articulação	Comunicação
Orçamento	Capacitação dos conselheiros
Planejamento	Planejamento
Eficiência	Automotivação
Racionalização	Educação saúde
SUS	Financiamento
Usuário	Instrumentos de gestão
Descentralização x participação comunidade	Participação social
Nível de atenção	Qualificação da APS
SUS	Fortalecimento da APS
Nível de gestão	CIR e CIT
Mobilização	Região de saúde
Cidadania	Fortalecimento da cidadania
Controle social	Controle social eficiente e efetivo
Marketing	
Responsabilização	
Direitos e deveres	
Leis, decretos e portarias	
Fragmentação x integração SUS	
Total de conceitos: 23	Total de conceitos: 18

Fonte: Elaborado pela autora.

Segundo Novak e Cañas²¹, é comum entre este segmento a dificuldade de selecionar conceitos havendo tendência a apresentar maior número de conceitos. Corroborando esta análise Souza e Boruchovitch²⁷ observaram em sua pesquisa, um número muito grande de conceitos que não representavam idéias fundamentais para a compreensão do tema de estudo.

Nos depoimentos dos conselheiros de saúde sobre a experiência de construção dos MCs, dentre as dificuldade sentidas, foi mencionada a dificuldade de sintetizar a informação em conceitos, conforme ilustra as falas abaixo:

É, eu acho que talvez a maior dificuldade nossa, com tantas informações, foi na hora de montar, colocar as palavras e não, exatamente por ter ouvido tantas opiniões, tantas palavras, não, não, querer de abdicar muitos, descartar alguns, acabamos que fizemos um mapa bem complexo. Talvez a maior dificuldade tenha sido esta. Deveria ter enxugado mais, pra ter sido mais objetivo um pouco (depoimento CMS2).

Os conceitos representam a matéria prima do aprendizado significativo, constituem a representação simbólica de objetos, eventos situações ou propriedades que possuam atributos essenciais comuns e que são designados por algum signo ou símbolo³¹.

O processo de mobilização, identificação e associação de conceitos no mapeamento conceitual é gradativo e aprimorado por meio do exercício continuado de sucessivas revisões¹⁷. Tais exercícios cognitivos demandam tempo e disponibilidade, condições estas difíceis de serem alcançadas no contexto de estudo, visto que as reuniões possuem frequência mensal, com duração de máxima de 3 horas, nas quais os conselheiros devem deliberar acerca de uma pauta extensa e complexa e que inclui apreciação de atas, relatórios, etc. Ademais, distintamente dos ambientes formais de ensino os conselheiros não estão sujeitos a mecanismos de avaliação de desempenho e participam voluntariamente, em conjunto, estas condições de atuação podem interferir negativamente na motivação para o aprendizado, condição fundamental para a aprendizagem significativa²¹.

Considerações finais

Nessa pesquisa, analisou-se o MC como metodologia ativa de ensino aprendizagem em função da sua multiplicidade de aplicações e por possuir um caráter idiossincrático que valoriza distintos saberes, estimulando a liberdade criativa para transformação da realidade, atributos imprescindíveis para o exercício do controle social no SUS.

As diferentes configurações, conceitos chaves eleitos e proposições apresentadas nos MCs elaborados pelos dois grupos de conselheiros endossaram este caráter idiossincrático, criativo e emancipatório.

O processo de construção coletiva dos MC(s) também endossaram as vantagens relativas a promoção do aprendizado interativo e colaborativo observados em estudos produzidos nos ambientes formais de ensino. Nos espaços de deliberação colegiada como os Conselhos de Saúde, que se caracterizam pela a disputa permanente de interesses diferentes, e não raras vezes, conflitantes, estar apto a negociação e constituição de consensos por meio da ação interativa e colaborativa, qualifica a atuação conselhistas em direção a promoção da consolidação do acesso universal e equitativo no sistema de saúde.

Não obstante, peculiaridades relativas às condições estruturais como a desigualdade de acesso a novas tecnologias da informação, mostraram-se como um fator limitante do potencial do MC, que é, segundo a literatura científica, significativamente ampliado por estas tecnologias. Ademais, a exclusão digital, conforme destacado, é indicativo da persistência de condições desiguais de poder, visto que, as novas tecnologias de informação e comunicação (TIC) adquiriram centralidade tanto por seu potencial de democratização de saberes, quanto por sua magnitude na economia mundial¹³.

Ademais, fatores relacionados à organização e dinâmica de atuação dos conselheiros, tais como frequência e duração dos encontros, também se mostraram como limitantes do potencial do MC. Conclui-se que esta ferramenta pedagógica tem potencial para propiciar a construção do conhecimento crítico e libertador fundamental em uma sociedade democrática, mas a sua utilização demanda adequações contextuais, mediante aprofundamento das análises fatores limitantes e facilitadores relativos ao seu uso nos espaços não formais de ensino e aprendizagem, dentre eles, os Conselhos de Saúde.

Agradecimentos

O presente trabalho recebeu apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), processo n.º 23038.009788/2010-78, AUX-PE - Pró-Ensino Saúde 2034/2010.

Contribuição individual dos autores

Renata Lopes de Siqueira: concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

Rita de Cássia Lanes Ribeiro: revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Jeferson Boechat Soares: revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Rosângela Minardi Mitre Cotta: delineamento do estudo, revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Referencias bibliográficas

- 1 Paim JS. Reforma sanitária brasileira: avanços limites e perspectiva. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV; 2008: 91-122.
- 2 Tatagiba L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia Participativa: aprofundando o debate.*Rev. de Sociologia e Política* 2005; (25): 209-13.
- 3 Santos NR. Democracia e Participação da Sociedade em Saúde. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV; 2008; (227-348)
- 4 Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? *Cad. Saúde Pública* 2002 18(Suplemento): 47-55.
- 5 Lumbambo CW, Coutinho HG. Conselhos gestores e o processo de descentralização. *São Paulo em Perspectiva* 2004; 18(4): 62-72.
- 6 Carvalho GCM. Participação da comunidade na saúde. Passo Fundo: IFIBE; CEAP; 2007.
- 7 Batista AA, Muniz JN, Ferreira neto JA, Cotta RMM. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS.*Saúde soc.* 2010; 19(4): 784-793.
- 8 Cotta RMM, Cazal MM, Castro Rodrigues JF, Gomes KO, Junqueira TS. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. *Physis Rev. de Saúde Coletiva* 2010; (3): 853-872.
- 9 Correia MVC. Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- 10 Martins PC, Cotta RMM, Mendes, FF, Franceschini SCC, Priore SP, Dias G., Siqueira-Batista R. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: os matizes da utopia. *Physis Rev. de Saúde Coletiva* 2008; 18 (1): 105-121.
- 11 Cotta RMM, Cazal MM, Rodrigues JFC. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des)informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. *Physis Rev. de Saúde Coletiva* 2009 ;19(2); 419-438. [Acesso em:02/06/2013]. Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a10.pdf>
- 12 Sen AK. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras, 2008, 409p.

- 13 Moraes IHS et al . Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009; 14(3); 879-888. [Acesso em: 05/05/2013]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/en_23.pdf
- 14 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde - SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Série Textos Básicos, Distrito Federal: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
- 15 Freire P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 15ª. Edição, 1979.
- 16 Noguero FL. *Metodologia participativa em La Enseñanza Universitária*. NARCEA,S.A. de Ediciones, Madrid, España, 2007.
- 17 Gomes AP, Dias Coelho UC, Cavalheiro PO, Siqueira-Batista R. O Papel dos Mapas Conceituais na Educação Médica. *Rev. bras. educ. med.* 2011; 35(2): 275-282.
- 18 Cotta RMM, Mendonça ET, Costa GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. *Rev. Panam. Salud Publica*. 2011; 30(5):415–21.
- 19 Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ET. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(3): 787-796 .
- 20 Mitre SM, Girardi-de-Mendonça JM; Morais-Pinto NM; Meirelles CAB; Pinto-Porto C; Moreira T et.al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; (13): 2134-2144.
- 21 “Novak, J. D. & A. J. Cañas, The Theory Underlying Concept Maps and How to Construct and Use Them, Technical Report IHMC CmapTools 2006-01 Rev 01-2008, Florida Institute for Human and Machine Cognition, 2008. [Acesso em: 25/05/2013] Disponível em: <http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryUnderlyingConceptMaps.pdf>
- 22 Ausubel DP, Novak JD, Hanesian H. *Psicologia Educacional*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
- 23 Novak JD. A view on the current status of Ausubel’s assimilation theory of learning. *CADMO: Giornale Italiano di Pedagogia, Sperimentale, Didattica, Docimologia, Tecnologia dell’istruzione*. 1994; 2(4), 7–23.

- 24 Moreira MA. Mapas Conceituais e Aprendizagem Significativa. Instituto de Física – UFRGS, Porto Alegre – RS, 1997. [Acesso em: 21/11/2012]. Disponível em <http://www.if.ufrgs.br/~moreira/mapasport.pdf>
- 25 Cicuto CAT, Correia PRM. Análise de vizinhança: uma nova abordagem para avaliar a rede proposicional de mapas conceituais. *Rev. Bras. Ensino Fís.* 2012; 34(1): 1-10.
- 26 Correia PRM, Silva AC, Romano Junior JG. Mapas conceituais como ferramenta de avaliação na sala de aula. *Rev. Bras. Ensino Fís* 2010; 32(4): 4402-1-4402-8.
- 27 Souza NA, Boruchovitch E. Mapa conceitual: seu potencial como instrumento avaliativo. *Pro-Posições.* 2010; 21(3): 173-192.
- 28 Moura A; Carvalho AA. Aprendizagem colaborativa através de mapas conceptuais. *Academia. EDU*, 01 de janeiro de 2007. [Acesso em: 03/03/2013]. Disponível em: http://www.academia.edu/579414/Aprendizagem_colaborativa_atraves_de_mapas_conceptuais
- 29 DIAS, R. Concept Maps powered by computer software: a strategy for enhancing reading comprehension in English for Specific Purposes. *Rev. bras. linguist. apl.*, Belo Horizonte, 2011; 11(4); 896-911. [Acesso em: 17/04/2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbla/v11n4/a05v11n4.pdf>
- 30 Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica Educação e Pesquisa, São Paulo, 2005; 31(3): 443-466.
- 31 Novak JD. Meaningful Learning: The Essential Factor for Conceptual Change in Limited or Inappropriate Propositional Hierarchies Leading to Empowerment of Learners, Wiley Periodicals, Inc. *Sci Ed*86:548–571, 2002; Published online in Wiley Interscience (www.interscience.wiley.com). DOI 10.1002/sce.10032.[Acesso em: 04/04/2013]. Disponível em: <http://cmapspublic3.ihmc.us/rid=1JL5HB1XT-1QD9GNJ-12MG/Aprendizagem%20Significativa%2001.pdf>.
- 32 Neto OC, Moreira MR, Sucena LFM. Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. *XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.
- 33 Bardin L. Análise do conteúdo. Lisboa : Edições. 2000.
- 34 Cogo ALP, Pedro ENR, Silva APSS, Spech AM. Avaliação de mapas conceituais elaborados por estudantes de enfermagem com o apoio de software. *Texto Contexto Enfermagem.* 2009; 18(3): 482-8.

- 35 Gava TBS, Menezes CS, Cury D. (2003) Aplicações de Mapas Conceituais na Educação como Ferramenta Meta-Cognitiva. [Acesso em: 15/04/2013]. Disponível em: http://www.geografia.fflch.usp.br/posgraduacao/apoio/apoio_raffo/flg5052/aula_1/AplicacoesdeMapasconceituaisnaEducacao.pdf
- 36 Aquino MAA. Ciência da informação: novos rumos sociais para um pensar reconstrutivo no mundo contemporâneo. *Ci. Inf.* 2007;36(3):9-16. [Acesso em: 15/04/2013]. Disponível em <http://revista.ibict.br/ciinf/index.php/ciinf/article/view/975/728>.
- 38 Moreira MA. Mapas conceituais como instrumentos para promover a diferenciação conceitual progressiva e a reconciliação integrativa. *Ciência e Cultura* 1980; 32(4): 474-479.
- 39 Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- 40 Demo, P. *Participação é conquista: noções de política social participativa*. 2ª. Ed., São Paulo: Cortez, 1993.

6.4. Artigo original 4

Título: O potencial do Mapa Conceitual como método ativo de ensino-aprendizagem na capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde.

Title: The potential of the Concept Map as an active method of teaching-learning training counselors Municipal Health.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi avaliar o potencial do Mapa Conceitual (MC), enquanto metodologia ativa de Ensino e Aprendizagem, na formação de conselheiros de saúde. O MC desenvolvido por Josef Novak se fundamenta na Teoria da Aprendizagem Significativa de David Ausubel. Trata-se de uma Pesquisa-Intervenção, na qual efetuou-se uma análise estrutural e processual dos MCs construídos por Conselheiros de Saúde. Os resultados corroboraram os benefícios do MC encontrados no contexto da educação formal: a aprendizagem assimilativa, interativa, colaborativa e dinâmica, porém, o potencial do MC mostrou-se limitado por fatores peculiares aos Conselhos de Saúde. Concluí-se que o MC amplia a possibilidade de aprendizagem significativa, mas é recomendável ampliar estudos para sua adequação ao contexto dos Conselhos de Saúde.

Palavras-chave: Participação social, Conselhos de Saúde, Educação, Aprendizagem Significativa, Mapa Conceitual.

Abstract

The purpose of this paper is to evaluate the potential of Concept Maps(CM) as an active teaching and learning methodology in the formation of health counselors. The CM was developed by Josef Novak, and is based upon the David Ausubel's Meaningful Learning Theory. It is a research-intervention, in which we performed an analysis of structural and procedural MCs built by Health Counselors. The results corroborate the benefits of CM in the context of formal education: the assimilative, interactive, collaborative and dynamic learning; nonetheless, the potential of the CM proved limited by factors peculiar to the Councils Health. It was concluded that CM enhances the possibility of meaningful learning, but it is recommended to extend their studies to fit the context of the Councils of Health.

Keywords: Social Participation, Health Councils, Education.

Introdução

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) os Conselhos de Saúde representam os fóruns privilegiados de implementação da diretriz constitucional da participação social. Esta diretriz é oriunda do processo de Reforma Sanitária Brasileira iniciada na década de 70 e legalmente consolidada na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas da Saúde – Leis 8.080 e 8.142 – ambas promulgadas em 1990.

Especificamente, a Lei n.º 8.142/90 instituiu os Conselhos de Saúde, como órgãos colegiados, de caráter permanente e deliberativo que, juntamente com as Conferências de Saúde compõem as instâncias formais de participação social no âmbito do SUS¹. Atualmente existem 5.581 Conselhos de Saúde e cerca de 86.500 conselheiros supostamente atuando como sujeitos políticos².

De acordo com a Lei n.º 8.142/90, os conselheiros de saúde devem “atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros”¹. Tarefas complexas que demandam competências técnica e política frequentemente não detidas pelos conselheiros conforme evidenciado pela literatura^{3,4,5,6,7,8}

Como estratégia de aquisição destas competências diversos estudos e relatórios das conferências de saúde apontam para a necessidade de capacitação dos conselheiros por meio de metodologias inovadoras e ativas de ensino e aprendizagem^{4,9,10,11}. Em geral, justificam a recomendação destas metodologias ativas por considerarem o conhecimento como fruto da prática concreta e real dos sujeitos; por propiciarem o pensamento reflexivo e crítico que qualifica a ação política e; por promoverem o empoderamento dos conselheiros ultrapassando formas tradicionais e autoritárias de aprendizagem que transformam os indivíduos em receptores passivos de teorias e conteúdos^{12,13}.

Apesar destas justificativas, ainda há poucos estudos no Brasil que analisam os fatores condicionantes, limitações, e vantagens da adoção destas metodologias na construção das competências necessárias para participação e controle social no âmbito das políticas públicas de saúde.

Em geral, os estudos sobre a participação social nos Conselhos de Saúde possuem um caráter diagnóstico, e se dedicam a analisar os fatores que facilitam ou limitam esta participação, e os estudos sobre uso de metodologias ativas na saúde têm concentrado suas análises no âmbito das instituições formais de ensino. Este é o caso dos estudos sobre o Mapa Conceitual (MC), que se constitui uma dentre as várias

estratégias inovadoras de ensino e aprendizagem que vem sendo analisada por diversos pesquisadores no ambiente acadêmico^{14, 15,16, 17, 18, 19, 20}.

No contexto das instituições formais de educação os MC(s) têm sido freqüentemente utilizados para identificar os conhecimentos prévios dos alunos; para acompanhar o processo de mudança conceitual e para verificar a organização dos conceitos numa disciplina¹⁷. Também têm sido destacados como ferramenta que contribui no processo de arquivamento e compartilhamento de informações; como promotor de redes de conhecimento; mediador de aprendizado colaborativo; instrumento avaliativo e de planejamento curricular^{14,21,19}.

Apesar de constatada esta pluralidade de aplicações do MC, a literatura científica é proporcionalmente limitada em relação a sua aplicação em espaços não formais, onde o processo de ensino e aprendizagem também acontece, mas em condições amplamente diversas do contexto formal de ensino e aprendizagem.

Nos Conselhos de Saúde estas condições peculiares dizem respeito à natureza política de suas ações; a diversidade cultural; a heterogeneidade técnica de seus componentes; o caráter voluntário e transitório da participação; a freqüência esporádica de reunião e; a desigualdade estrutural e política das entidades representativas dentre outros fatores que diferem, significativamente, daquelas condições de ensino e aprendizagem típicas dos espaços formais de educação.

Destarte, o objetivo este trabalho é avaliar o potencial do MC na formação de competências necessárias a participação e controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde. A expectativa é que ao aprofundar o conhecimento científico do uso MC na formação de conselheiros, o estudo propicie parâmetros concretos para avaliação da pertinência ou não de adotá-lo como metodologia de ensino e aprendizagem nas capacitações de conselheiros de saúde.

Fundamentos teórico-conceituais e características das metodologias ativas de ensino-aprendizagem

O MC constitui uma ferramenta para organizar e representar conhecimento e está fundamentado na teoria da aprendizagem significativa desenvolvida por David Ausubel.

A aprendizagem significativa, conforme Ausubel, Novak e Hanesian²², refere-se ao ato de relacionar, de forma não arbitrária e substantiva (não literal), uma nova informação a outras com as quais o aprendiz já esteja familiarizado. Nesta perspectiva, a

aprendizagem é adquirida mediante um esforço deliberado por parte do aprendiz em ligar a informação nova com conceitos ou proposições relevantes preexistentes em sua estrutura cognitiva^{22,23}.

A aprendizagem significativa necessita do atendimento a três condições fundamentais: 1) o uso de material potencialmente significativo; 2) a disposição para a aprendizagem significativa; e 3) a motivação do aprendiz²¹.

A primeira condicionalidade depende que o material de aprendizagem tenha um significado lógico, isto é, que possibilite uma relação não arbitrária e substantiva com idéias correspondentemente significativas que fazem parte do domínio da inteligência humana²⁴.

A disponibilidade para aprendizagem significativa diz respeito ao seu “*esteio*”, isto é, ao conjunto de idéias relevantes já pré-existentes na estrutura cognitiva de um aprendiz em particular e que varia de acordo com a experiência educacional prévia, com a idade, Quociente de Inteligência, a ocupação e condições sócio-culturais do aprendiz em particular²².

A motivação é a condição referente à escolha do aprendiz em aprender significativamente, incorporando novos significados ao seu conhecimento anterior em vez de simplesmente memorizar definições conceituais ou declarações proposicionais²². O educador tem somente controle indireto sobre esta motivação ao optar ou não por estratégias de ensino que propiciam a relação entre os novos conhecimentos e os conhecimentos pré-existentes²¹.

Segundo Souza e Boruchovitch¹⁹, quando uma aprendizagem é significativa, ela tem o poder não somente de gerar alterações na estrutura cognitiva daquele que aprende, mudando os conceitos preexistentes e formando novas ligações entre eles, mas também de promover o aprendizado autônomo, onde o educando adquire a capacidade de aprender a aprender. Neste sentido, os MC(s) também se fundamentam na teoria construtivista de Jean Piaget²⁰.

Ausubel, Novak, Hanesian²² ressaltam que é importante compreender a complexidade da aprendizagem significativa, reconhecendo que na mesma, ocorre “uma modificação tanto na nova informação como no aspecto especificamente relevante da estrutura cognitiva com a qual a informação estabelece relação” (p. 48)²².

Este processo interativo Moreira²⁵ interpreta como próprio do caráter dinâmico da aprendizagem significativa, no qual o conhecimento prévio além de servir de base para a atribuição de significados à nova informação, ao interagir com a mesma, também

se modifica, culminando em um processo constante de reestruturação da estrutura cognitiva.

O fenômeno da interação que ocorre entre o novo material e a estrutura cognitiva existente é denominado *assimilação* e está relacionado à contextualização do meio social do aluno e ao aproveitamento dos seus conhecimentos prévios²².

Em consonância, Villas Boas²⁶ enfatiza ser uma exigência preliminar ao educador, verificar o que o educando sabe, para, de um lado, relacionar os novos conteúdos à experiência do educando e, de outro, provocar novas necessidades e desafios pela análise crítica, levando-o a ultrapassar a sua experiência, os estereótipos e as sínteses anteriores.

Os conceitos constituem uma dimensão importante do processo de assimilação, uma vez que, a compreensão e a solução criativa dos problemas dependem amplamente da disponibilidade na estrutura cognitiva do aprendiz de conceitos.

Os conceitos são definidos como eventos, objetos, situações ou propriedades que possuam atributos essenciais comuns e que são designados por algum signo ou símbolo²³. Constituem a “matéria prima” tanto para aprendizagem receptiva significativa como para a generalização das proposições significativas para a solução de problemas²².

O MC é uma representação gráfica de um conjunto de conceitos relacionados entre si. A teoria e técnica de construção do MC foram desenvolvidas pela equipe do pesquisador do norte-americano Joseph Novak em 1972^{21,23}. No MC os conceitos aparecem dentro de caixas nos nós do grafo, enquanto que as relações entre os eles são especificadas através de frases de ligação. A dois ou mais conceitos, conectados por frases de ligação denomina-se proposição Novak e Cañas²¹.

As proposições têm um sentido de leitura indicado por meio de uma seta, e se constituem em estruturas fundamentais dos MC(s), pois expressam a forma como os conceitos se relacionam¹⁸. São afirmações sobre algum objeto ou evento no universo, seja natural ou construída. Também são identificadas como unidades semânticas ou de significados²¹.

A obrigação de incluir uma frase de ligação constitui-se no principal diferencial dos mapas conceituais em comparação com outras ferramentas de representação gráfica da informação e do conhecimento¹⁸. O processo de formação das proposições envolve altos níveis de desempenho cognitivo, incluindo, a capacidade de análise e a síntese do conhecimento²⁶. Ao conjunto de equívocos posicionais expressando concepções

ingênuas, pré-científicas e, ou, difusas denomina como Estruturas Proposicionais Inapropriadas ou Limitadas. A Figura 1 sintetiza os componentes básicos e representa uma versão elementar de um MC²³.

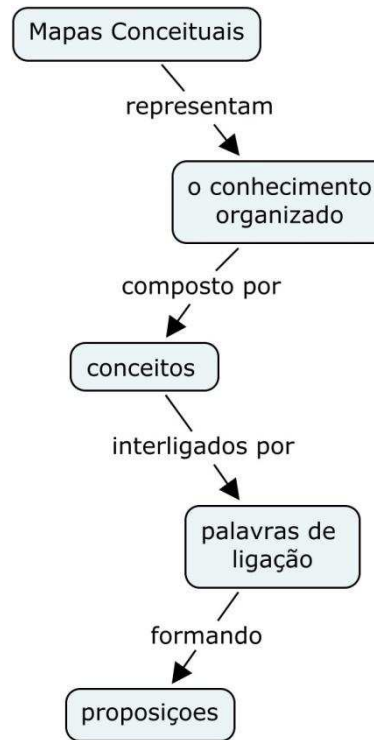


Figura 1- Componentes básicos de um mapa conceitual

Moreira²⁵ destaca que para o uso devido dos MC(s) algumas prerrogativas são fundamentais: a primeira refere-se à consciência de que os MC(s) não são auto-instrutivos, devendo ser precedidos de explicação pelo professor/tutor. Segunda, ressalta que é preferível usá-los quando já existe certa familiaridade com o assunto, de modo que sejam potencialmente significativos e permitam a integração, reconciliação e diferenciação de significados de conceitos²⁷. E a terceira prerrogativa diz respeito ao entendimento de que a aprendizagem significativa implica, necessariamente, atribuição de significados idiossincráticos, e por este motivo, MC(s) traçados por pessoas distintas refletirão significados distintos.

Apresentados os fundamentos teóricos que subjazem o mapeamento conceitual passa-se a seguir a descrição dos procedimentos da pesquisa.

Métodos

Este estudo é parte integrante de uma pesquisa de doutorado intitulada “*O potencial das estratégias inovadoras de ensino-aprendizagem no desenvolvimento de competências para a participação social no contexto do Sistema Único de Saúde*”, vinculado ao Programa de Inovação em Docência Universitária da Saúde (PRODUS) da Universidade Federal de Viçosa (UFV), iniciado em agosto de 2011, e ainda em andamento.

A pesquisa-ação é definida como uma das muitas diferentes formas de investigação-ação, na qual há uma tentativa continuada, sistemática e empiricamente fundamentada de aprimorar a prática²⁸. O público-alvo desta pesquisa foram os membros do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa (CMS/Viçosa), Minas Gerais, constituído por 28 representantes titulares e 28 suplentes.

A análise do potencial do MC enquanto ferramenta de promoção da participação e controle social foi realizada por meio de sua aplicação no decorrer de um curso de capacitação de conselheiros realizado nos dias 02, 03 e 09 de março de 2013 perfazendo um total de 20 horas.

Em consonância com o princípio teórico da aprendizagem significativa que preconiza a necessidade de conhecimento prévio do contexto de aprendizagem e da disponibilidade cognitiva dos aprendizes, o conteúdo programático do curso foi elaborado com base em diagnóstico situacional previamente efetuado por meio de observação participante das reuniões do CMS/Viçosa e de entrevistas semi-estruturadas realizadas junto aos conselheiros. Complementarmente, procedeu-se a *análise documental* das atas das reuniões, do regimento interno, das leis e resoluções normativas da participação social.

Os MC(s) foram construído por dois grupos de 19 pessoas que trabalharam, simultaneamente, em duas salas distintas, resultando em dois mapas: MCA e MCB, elaborados, respectivamente, pelos grupos I e II. Com o intuito de facilitar a visualização dos mapas foram elaboradas versões digitais dos MC(s) construídos manualmente pelos Conselheiros de Saúde durante a capacitação. Ambos foram construídas pelos autores deste artigo com o auxílio do software CMap tool. Este software constitui uma ferramenta tecnológica desenvolvida pela equipe do próprio Dr. Novak com o objetivo de facilitar a construção, arquivamento e compartilhamento de mapas conceituais.

Cada grupo foi monitorado por três estagiários, previamente treinados para assegurar a autonomia dos grupos no desenvolvimento do MC(s).

Seguindo as prerrogativas assinaladas por Moreira²⁵, antes da construção dos mapas o tema de estudo foi debatido por meio de expositivas dialogadas, e as diretrizes de construção do MC explicadas pelo pesquisador/tutor. Com intuito de estimular ainda mais a reflexão e a verbalização dos conceitos, a plenária assistiu a um vídeo sobre cidadania e democracia produzido pela TV Cultura, Série “*Você Pode. Você Faz*”, e participou de uma dramatização teatral interativa sobre mecanismos de opressão e libertação do sujeito. O Quadro 1 apresenta uma relação destas atividades didáticas. O Conteúdo programático das atividades foi orientado pelo pressuposto teórico de Novak²³ de que no processo de organização do conhecimento deve haver uma disposição hierárquica entre conceitos mais gerais e conceitos mais específicos.

Quadro 1 - Atividades didáticas prévias a construção dos Mapas Conceituais no Curso de Capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde, Viçosa, Minas Gerais, 2013

Atividades	Tema
Expositiva dialogada I	Cidadania: prerrogativas para o seu exercício
Expositiva dialogada II	Decreto Lei n.º 7.508/11: o que muda na operacionalização do SUS?
Expositiva dialogada III	Desafios na hierarquização e na integralidade do SUS
Vídeo	Cidadania e democracia – Lei n.º 9.840 – Série “Você pode. Você faz.” – TV Cultura
Expositiva dialogada IV	Planos Municipais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão: instrumentos burocráticos ou administrativos?
Dramatização	João Calado: opressão e libertação do sujeito
Expositiva dialogada V	Diretrizes para a construção do Mapa Conceitual

Na sequência das atividades supracitadas formaram-se os grupos que, antes de construir os MC(s), foram orientados a debater e fazer apontamento de conceitos-chaves relativos à questão focal norteadora que indagava acerca da situação e papel do CMS/Viçosa na estrutura do SUS.

A avaliação dos MC(s) foi realizada sob duas dimensões: estrutural e processual. Na primeira, em uma perspectiva qualitativa e quantitativa, buscou-se identificar o número de proposições por meio de contagem direta e o domínio semântico dos conceitos expresso na coerência proposicional. Estabeleceram-se três categorias de análise proposicional: *proposições inapropriadas*; *proposições com erros estruturais*, e

proposições apropriadas. Na primeira categoria incluíram-se as proposições que transgrediram as diretrizes previamente apresentadas para elaboração do MC, inserindo, por exemplo, em uma mesma caixa de texto mais de um conceito: [GESTOR] → tem → [DIREITOS E DEVERES]

Na categoria *proposições inapropriadas* foram inseridas as proposições que não puderam ser compreendidas devido a escolha inapropriada do termo de ligação, por exemplo: [CMS] → com → [PLANEJAMENTO]. Também se enquadram nesta primeira categoria proposições nas quais conceitos foram adotados com sentido equivocado.

A terceira categoria contemplou as *proposições apropriadas*, cujo conteúdo semântico manifestou compreensão coerente dos conceitos e das relações entre os mesmos.

Ainda dentro da dimensão estrutural, analisou-se a relevância dos conceitos destacados pelos conselheiros nos MC(s) em relação ao conteúdo técnico-científico das atividades didáticas. Para tanto seguiu-se a metodologia proposta por Cicuto e Correia¹⁸, levantando-se a frequência dos conceitos por meio da configuração das “nuvens de palavras” criadas pelo programa *Wordle* (wordle.net). Este programa ilustra graficamente com destaque os conceitos, expressos com maior frequência no processo de sistematização de um texto, discurso etc.

Em caráter complementar, na dimensão processual, por meio da técnica de grupo focal e da análise temática do conteúdo, avaliou-se a experiência de aprendizagem via MC sob a ótica dos próprios conselheiros de saúde, cujos resultados neste trabalho foram apresentados parcialmente, somente com o intuito de endossar a análise estrutural. Buscando preservar a identidade dos conselheiros, as falas dos mesmos foram codificadas aleatoriamente como CMS¹, CMS² etc.

Em consonância com o disposto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFV, protocolo n.º 056/2012.

Resultados e discussão

As figuras 2a e figura 2b representam as versões, manual e digital, do MCA construído pelo grupo I. As figuras 3a e figura 3b representam as versões, manual e digital, do MCB elaborado grupo II.

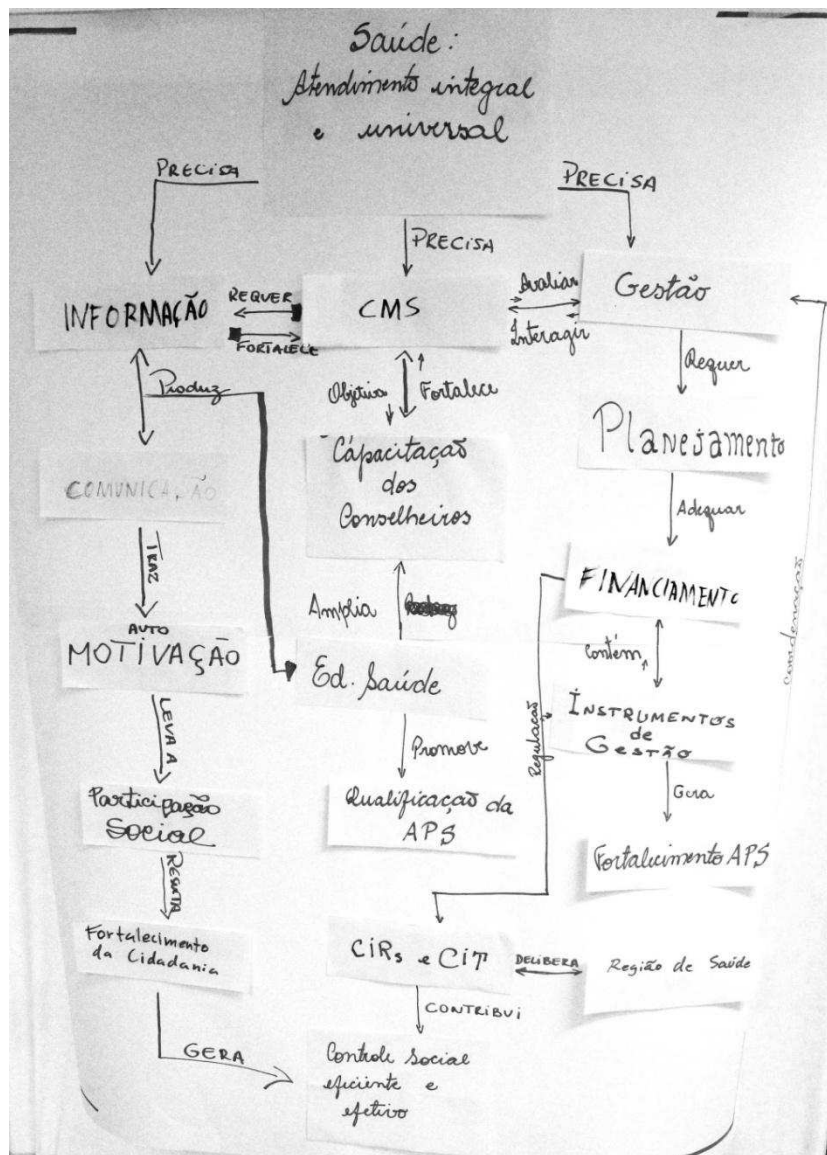


Figura 3a - Mapa Conceitual B (MCB) construído pelo grupo II no Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde, Viçosa, Minas Gerais, 2013.

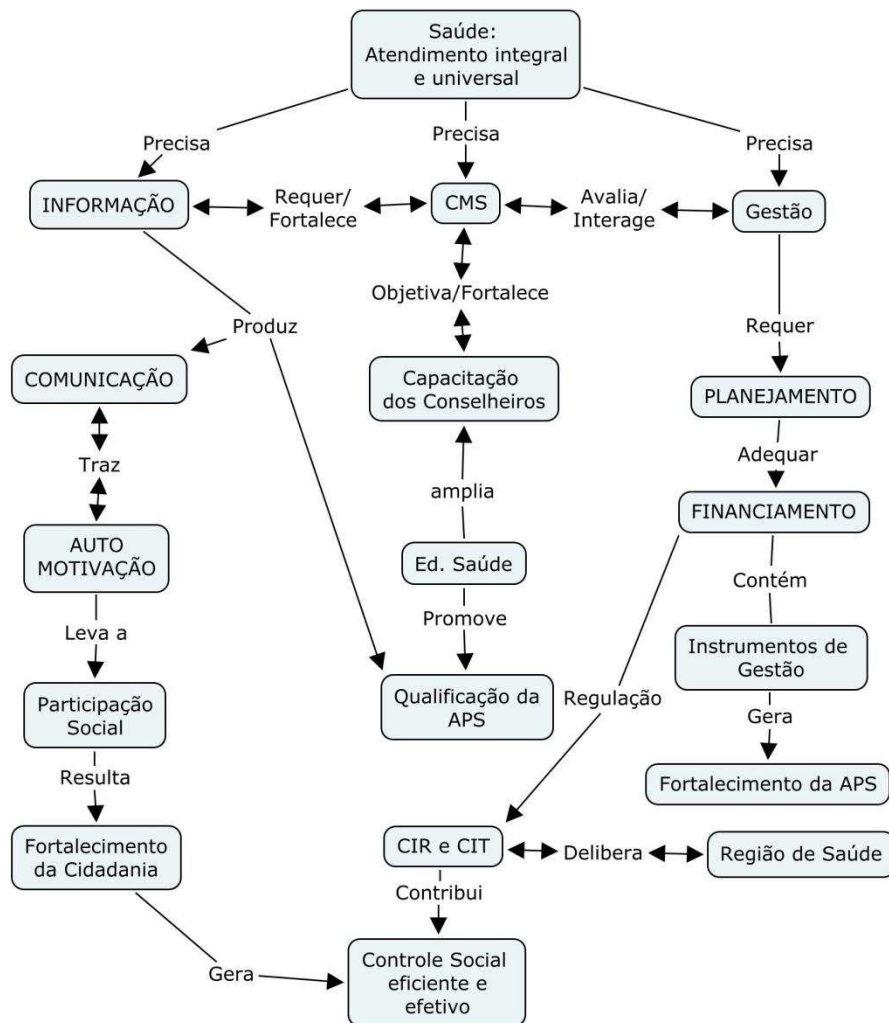


Figura 3b – Versão digital do Mapa Conceitual B (MCB), Viçosa, Minas Gerais, 2013.

Conforme assinalado, as proposições se constituem em estruturas fundamentais dos MC(s) e a sua análise expressa os níveis de desempenho cognitivo, incluindo, a capacidade de análise e a síntese do conhecimento. A análise das categorias proposicionais revelou em ambos os MCs uma quantidade equivalente (n=6) de *proposições com limitações estruturais* que transgridem as diretrizes previamente apresentadas para a construção de mapas em relação ao uso de frases e/ou vários conceitos nas caixas (Quadros 2 e 3).

Quadro 2 - Proposições distribuídas segundo categorias de análise no Mapa Conceitual A (MCA) construído pelo grupo I, Viçosa, Minas Gerais, 2013

Proposições com limitações estruturais	Proposições sem sentido	Proposições apropriadas
Fragmentação x racionalização → dificulta → orçamento	CMS → promove → marketing	CMS → necessita → mobilização
Planejamento → facilita → descentralização x participação comunidade	CMS → atribui → responsabilização	CMS → representa → usuário
Gestor → tem → direitos e deveres	Cidadania → falta → corrupção	CMS → precisa → mobilização
Usuários → têm → direitos e deveres	CMS → com → planejamento	CMS → realiza → controle social
Usuários → prática → direitos e deveres	Eficiência → para → Gestor	CMS → parceiro → Gestor
CMS → questionar/seguir → Leis, Decretos, Portarias	CMS → é → cidadania	CMS → prover → eficiência
	Racionalização → contribui → orçamento	Orçamento → gera → eficiência
		CMS → precisa → articulação
		CMS → representa → usuário
		CMS → promove → Conferencia de Saúde
		Conferencia → aumenta → eficiência
		Responsabilização → para → usuário
		SUS → organizado em → nível de atenção
6	7	13

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3 - Proposições distribuídas segundo categorias de análise no Mapa Conceitual B (MCB) construído pelo grupo II, Viçosa, Minas Gerais, 2013

Proposições com limitações estruturais	Proposições sem sentido	Proposições apropriadas
Saúde: atendimento integral e universal → precisa → gestão SUS	Gestão SUS → coordenação → Região de Saúde	Gestão SUS → requer → planejamento
Saúde: atendimento integral e universal → precisa → informação	Financiamento ↔ contém ↔ instrumento de gestão	Planejamento → adequar → financiamento
Saúde: atendimento integral e universal → precisa → CMS	Financiamento → regulação → CIRs e CIT	Informação ↔ produz ↔ comunicação
CMS ↔ objetiva/fortalece ↔ capacitação de conselheiros	Educação em saúde → amplia → capacitação dos conselheiros	Comunicação → traz → automotivação
Fortalecimento da cidadania → gera → controle social eficiente e efetivo		CMS → requer → informação
CIRs e CIT → contribui controle social eficiente e efetivo		Automotivação → leva → participação social
		Participação social → representa → fortalecimento da cidadania
		Instrumentos de gestão → gera → fortalecimento da APS
		Educação em saúde → promove → qualificação da APS
		Informação → fortalece → CMS
		CMS → avalia → Gestão SUS
06	04	11

Fonte:Elaborado pela autora.

Na categoria *proposições sem sentido* observamos no MCA e no MCB, respectivamente, 27% e 19% de proposições cujas termos de ligação não expressavam uma unidade semântica compreensível.

Num mapa conceitual os termos de ligação expressam as associações entre os conceitos sendo fundamental ser o mais preciso possível na escolha dos mesmos²¹. Na análise processual, os conselheiros relataram dificuldade na seleção dos termos de ligação. Esta dificuldade também foi registrada em outros estudos^{14,29,19,18}.

Analisando em conjunto a confusão entre conceitos, termos de ligação e frases, indica a dificuldade de conceber, organizar, refinar e diferenciar conceitos e proposições, expresando a ocorrência de Estruturas Proposicionais Inapropriadas ou Limitadas.

Entretanto, é importante reconhecer que a construção de um MC – tarefa que envolve reestruturação cognitiva – é um processo iterativo e gradual que demanda após uma primeira versão, duas ou mais revisões²¹.

Gomes et al.²⁰ concordam que a aquisição da habilidade para mobilizar o conhecimento, identificar os conceitos relevantes e as relações que existem entre eles é um trabalho paulatino, no qual o exercício continuado tende a ampliar a capacidade em estabelecer as correlações entre os conhecimentos.

Este período necessário para revisão do MC revelou-se, dentre os fatores peculiares ao contexto dos Conselhos de Saúde, um dos mais limitantes ao potencial desta ferramenta educativa na capacitação de conselheiros.

Em geral, os conselheiros de saúde se reúnem ordinariamente com frequência mensal – ou até em intervalos maiores – para deliberarem sobre as questões de saúde da instância federativa a qual o conselho estão vinculado, excepcionalmente, convocam reuniões extraordinárias para tratar de assuntos mais urgentes.

Encontros com maior disponibilidade de tempo e convívio são raros e se restringem, normalmente, aos momentos das conferências ou das capacitações. Mesmo nestas ocasiões, não é comum que excedam a dois ou três dias. Nas entrevistas preliminares a capacitação, foi solicitado aos conselheiros sugerirem prazo e dias para a sua realização, e a maior parcela sugeriu somente dois dias consecutivos. Com um minucioso trabalho de esclarecimento da importância do evento, conseguiu-se três dias de programação.

Interfere diretamente nesta disponibilidade de tempo, o fato da participação no conselho ser de caráter voluntário e não remunerado. Ademais, em geral, não há

nenhum indicador de desempenho, mecanismo de coerção e/ou de estímulo ao desempenho ótimo senão o próprio compromisso cívico com a coletividade a que representam.

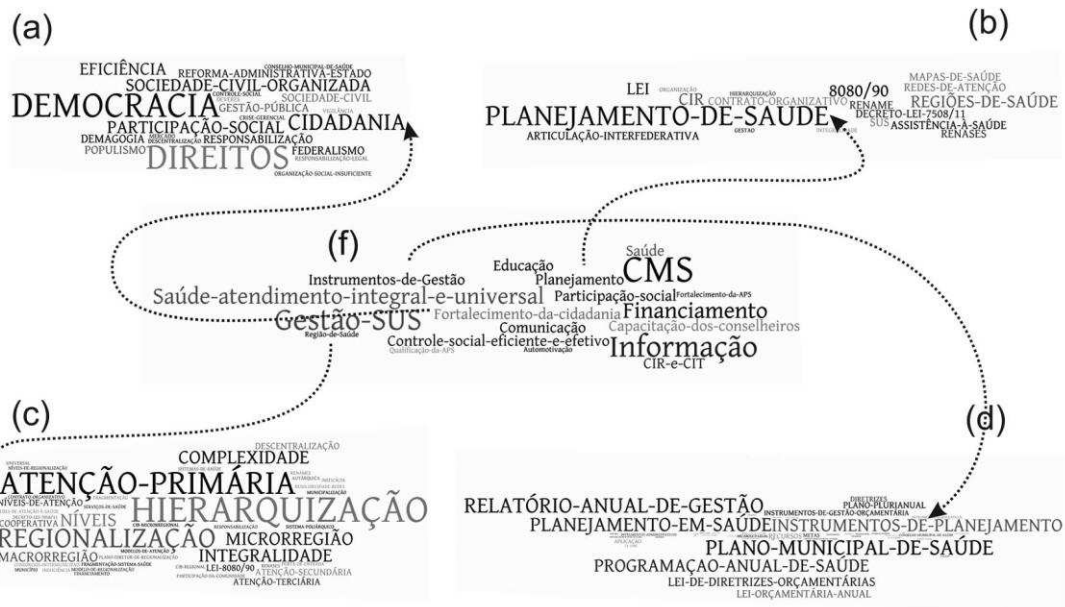
Estas condições diferem significativamente das registradas na literatura científica sobre o uso do MC, cujas análises predominam no ambiente da educação formal, no qual há uma carga horária maior distribuída ao longo de um período letivo; os alunos têm um percentual de frequência a ser obrigatoriamente cumprido e são submetidos a critérios de avaliação de desempenho.

Entretanto, mesmo em face destas limitações, observou-se uma proporção maior de *proposições apropriadas* tanto em MCA (50%), quanto em MCB (52%). Estas proposições além de apresentarem uma unidade semântica coerente com o tema de estudo, sinalizaram a autonomia e o empoderamento dos conselheiros para explicar e resolver problemas relativos não somente ao contexto de atuação do CMS, mas também em outras instâncias de participação social, conforme ilustra o depoimento abaixo:

Acredito que com o tempo, a gente se aperfeiçoando, e promovendo isso mais em instituições em tipo, como o próprio PSF, a UMAN, nosso conselho local de saúde, a gente pode aprimorar o uso dessa ferramenta pra gente utilizá-la no nosso dia-a-dia nessas ações, porque dá uma visibilidade incrível da, da capacidade, do poder que se tem na mão pra resolver problemas, né?
(depoimento de CMS1).

Nesta perspectiva, a experiência de construção dos MC(s) no contexto do Conselho de Saúde foi ao encontro dos estudos desenvolvidos por Cotta et. al.^{30, 31} que salientam que, pelo fato das metodologias ativas estarem fundamentadas na concepção pedagógica crítica-reflexiva, levam à transformação social, à conscientização de direitos e deveres dos cidadãos e a uma educação libertadora e emancipatória.

Referente à relevância dos conceitos destacados pelos conselheiros em relação ao conteúdo técnico-científico previamente trabalhado, a figura 2 representa no centro as “nuvens de palavras” do MCA(e) e do MCB(b), e nas laterais, as “nuvens de palavras” de cada conteúdo didático (a), (b), (c) e (d). Ambos MC(s) demonstram a ocorrência de conceitos em comuns com o conteúdo das atividades didáticas, indicados pelas setas de ligação, que por uma questão de preservação da nitidez da imagem, ilustram somente um exemplo de associação com o conteúdo conceitual de cada atividade didática. Contudo uma observação mais detalhada da figura 2 permite que se perceba que as “nuvens” apresentam um número maior de conceitos comuns além daqueles exemplificados pelas setas.



A reunião de conceitos relativos às informações das atividades didáticas precedentes indica a disponibilidade dos conselheiros para aprendizagem significativa, porque demanda o esforço voluntário de diferenciação progressiva, subsunção; e reconciliação integrativa de conceitos²¹. Estas tarefas são condicionadas por processos mentais mais complexos, que por sua vez dependem da estrutura cognitiva, dos estágio de desenvolvimento intelectual, da aptidão intelectual, da personalidade e de fatores motivacionais²².

Este fatores motivacionais dizem respeito a vontade de saber, a necessidade da informação e “afetam condições relevantes da aprendizagem como a vivacidade, atenção, níveis de esforço, persistência e concentração” (p. 25)²². Esta vontade é essencial para que a aprendizagem não seja mecânica e o depoimento do conselheiro abaixo corrobora esta afirmação: “[...] na hora da construção, achei que teve envolvimento de todo mundo e todo mundo se envolve naturalmente porque todo mundo quer participar. Então achei a participação muito, muito importante” (depoimento de CMS2).

A análise das “nuvens de palavras” também indicou o cumprimento de outra condição essencial ao aprendizado significativo: a apresentação de material potencialmente significativo, isto é, material que possua um sentido lógico que pode ser relacionado a qualquer estrutura cognitiva de forma não arbitrária (plausível, sensível e não aleatória) e substantiva (não literal); e no qual as novas informações podem ser associadas as idéias básicas relevantes já existentes na estrutura cognitiva do aprendiz²².

Esta inferência está consubstanciada na análise comparativa das nuvens de palavras com os registros de campo do período de observação participante e com os resultados da análise prévia do conteúdo das atas das reuniões do conselho, nos quais se identificou como temas mais recorrentes as questões relativas a organização e planejamento do SUS; a integração e articulação entre as instâncias federativas e os serviços de saúde e; os procedimentos de referência e contrareferência nos diferentes níveis de Atenção a Saúde.

Um outro indício do potencial significativo das informações reside no fato de o conteúdo programático ter sido construído em consonância com os temas mais sugeridos pela literatura^{5,8,32} e pelos próprios conselheiros durante o período preliminar de entrevistas. Ademais, o depoimento dos conselheiros sobre a construção do MC também revelaram o tratamento substantivo e não arbitrária dedicado ao conteúdo didático, conforme ilustra a fala a seguir: “É, achei uma ferramenta extremamente interessante

ela reforça, ela reforça é tudo que a gente vê, amplia os conhecimentos, organiza todo o olhar sobre o que foi falado em cima de três, quatro palestras” (Depoimento CMS 2).

Por outro lado, a análise comparativa das “nuvens de palavras” também revelou a presença de conceitos distintos entre nos MC(s) e as conteúdo didático prévio, como por exemplo, o conceito de informação em MCB.

Acerca desta distinção de conceitos considera-se ser relevante observar a correlação do sentido semântico dos termos empregados, que apesar de serem diferentes, não foram destoantes, isto é, contrários ao significado lógico do tema de estudo. Retornando ao exemplo, embora o conceito de informação não tenha sido enfaticamente debatido, a informação foi indicada dentro da proposição como uma condição que fortalece o Conselho Municipal de Saúde, que é uma instância representativa de uma sociedade civil organizada, conceito amplamente discutido na atividade didática intitulada “Prerrogativas ao exercício da cidadania”.

Segundo Ausubel, Novak e Hanesian ²¹, discrepâncias como esta derivam do processo de associação da informação com estrutura cognitiva gerando alguma variação mínima entre a forma como o aluno internaliza a informação e como o professor a percebe, mesmo quando a resposta do aluno esta fundamentalmente correta. Entretanto, é comum tais respostas serem consideradas erradas, o que incentiva a preferencia por parte dos alunos pela aprendizagem mecânica²¹.

Por outro lado, também se admite a possibilidade de que conceitos presentes nos MCs e não discutidos no conteúdo didático precedentes possam ser resultantes de Estruturas Proposicionais Inapropriadas ou Limitadas dos aprendizes que levam ao uso equivocados dos conceitos ou a formulação de proposições ingênuas^{23,18} como, por exemplo, em MCB a presença do conceito de marketing, que não esteve presente no conteúdo programático por ser um conceito que foge a temática de discussão.

Este é um conceito muito empregado e debatido nas áreas de administração, economia, marketing e publicidade. Existem várias definições científicas para marketing, uma referencia clássica é a formulada por Philip Kotler³³ que o define como “um processo social e gerencial através do qual indivíduos e grupos obtêm o que necessitam e desejam por meio da criação e troca de produtos e valores com outras pessoas” (p.30)³³. No senso comum é habitual este conceito ser confundido com os conceitos de publicidade, propaganda, divulgação, entre outros³⁴. Interpreta-se que em MCB este equívoco tenha ocorrido, e a proposição no qual foi inserido endossa esta

interpretação em função da sua ausência de sentido semântico, conforme pode-se observar: [CMS] → promove → [MARKETING].

Por último analisa-se a ausência de conceitos destacados no conteúdo didático, mas não incorporados a estrutura dos MC(s), como por exemplo, o conceito de democracia.

Existem diversas e complexas definições para o conceito de Democracia. Tendo sido democracia um conceito transversal a todo conteúdo programático, e com maior ênfase discutida na palestra de abertura do evento, duas hipóteses poderiam explicar a sua ausência em MC(s). Como primeira hipótese, destaca-se mais uma vez, a ocorrência de Estruturas Proposicionais Inapropriadas ou Limitadas dificultando ou impedindo a assimilação deste conceito, pois, segundo Novak²³

A extensão e a complexidade de significados retidas em qualquer domínio são dependentes da qualidade e quantidade da aprendizagem significativa efetuada naquele domínio do conhecimento.[...] níveis elevados de aprendizagem significativa requer que o aluno já possua uma estrutura de conhecimento significativo relativamente sofisticado sobre o tema (p. 553)²³.

Embora democracia não seja um conceito inusitado para membros de Conselho de Saúde, cuja existência, inclusive, se justifica pela possibilidade de democratizar os espaços de gestão pública^{6,12,35}, a possibilidade de uma estrutura cognitiva rudimentar para sua apropriação pode ser um fator explicativo da sua não inclusão nos MC(s). Novamente, relembremos a peculiaridade relativa a composição eclética do conselho sobre vários aspectos, incluindo, acesso a informação e nível de instrução.

Já como segunda hipótese, adotando uma perspectiva multidisciplinar de interpretação, fundamentada na teoria da administração do conhecimento organizacional formulada por Nonaka e Takeuchi³⁶, pode-se justificar que a ausência do conceito de “Democracia” nos MC(s) se dê pelo fato de se tratar de um conceito cujo conhecimento é do tipo tácito, tipicamente difícil de expressar.

Nonaka e Takeuchi³⁶ classificam o conhecimento humano em duas categorias: explícito e tácito. O primeiro pode ser articulado na linguagem formal, inclusive em afirmações gramaticais, expressões matemáticas, manuais e assim por diante. Este tipo de conhecimento pode ser transmitido, formal e facilmente, entre os indivíduos. O conhecimento tácito, por sua vez, embora mais importante, é difícil de ser articuladas na linguagem formal por se tratar de conhecimento pessoal, incorporado a experiência individual e envolver fatores inacessíveis como, por exemplo, crenças pessoais, perspectivas e sistemas de valor Nonaka e Takeuchi³⁶.

Segundo Gava³⁷, a externalização do conhecimento do aprendiz é um processo de transformação do conhecimento tácito para o conhecimento explícito, e este processo pode não ter se configurado em relação ao conhecimento sobre “democracia”.

Considerações finais

Considerando a constante e crescente demanda por capacitações de conselheiros de saúde mediadas por metodologias ativas de ensino-aprendizagem que promovam a construção coletiva de um saber significativo e; considerando a escassez de estudos que avaliam o potencial destas metodologias no contexto dos conselhos, este estudo analisou o potencial do MC na capacitação de Conselheiros Municipais de Saúde.

Constatou-se que, como qualquer ferramenta de ensino e aprendizagem significativa, o MC não pode ser compreendido como uma “varinha mágica”²¹, que de súbito e sob quaisquer condições promova o aprendizado significativo. Os resultados da pesquisa revelaram a ocorrência de alguns fatores limitantes ao potencial do MC inerentes ao ambiente não formal de ensino e aprendizagem e ao próprio Conselho de Saúde, a saber: composição eclética, ausência de normas e critérios de desempenho e participação, disponibilidade de tempo, trabalho voluntário e infra-estrutura precária.

Por outro lado, os resultados endossaram os benefícios do aprendizado por meio do MC observado em outros estudos, dentre eles, o caráter dinâmico, autônomo, reflexivo, e colaborativo. No contexto dos Conselhos de Saúde, enquanto instâncias colegiadas, integrantes de um sistema público, composta por membros da sociedade civil e do estado, e que têm a co-responsabilidade sobre a gestão de um sistema amplo e complexo como o SUS, a promoção destas aptidões pelo MC(s) são compreendidas como fundamentais.

Concluí-se que o MC, de fato, amplia a possibilidade de aprendizagem significativa, capaz de promover a consciência crítica e o empoderamento dos sujeitos sociais de forma a transformar a realidade, mas que a sua adoção não pode ocorrer por simples transposição destas estratégias de um contexto a outro, sendo recomendável ampliar estudos sobre vantagens, fragilidades e adequações pertinentes as suas aplicações na capacitação de conselheiros de saúde.

Agradecimentos

O presente trabalho recebeu apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), processo n.º 23038.009788/2010-78, AUX-PE-Pró-Ensino Saúde 2034/2010.

Referências bibliográficas

- 1 Ministério da Saúde. 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 União, Brasília (DF), v. 68, n. 249, p. 25694, Seção I; 1990.
- 2 Ministério da Saúde. DATASUS. [Acesso em: 11/10/2011]. Disponível em: [http://formsus.datasus.gov.br/site/resultado.php?id_aplicacao=13efiltro=1eid_aplicacao_campo=start_date=eend_date=ecampo14973\[\]=1643474](http://formsus.datasus.gov.br/site/resultado.php?id_aplicacao=13efiltro=1eid_aplicacao_campo=start_date=eend_date=ecampo14973[]=1643474).
- 3 Tatagiba L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia Participativa: aprofundando o debate. Rev. de Sociologia e Política. 2005; (25): 209-13.
- 4 Correia MVC. Desafios para o controle social: subsídios para a capacitação de conselheiros. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- 5 Carvalho GCM. Participação da comunidade na saúde. Passo Fundo: IFIBE; CEAP; 2007.
- 6 Paim JS. Reforma sanitária brasileira: avanços limites e perspectiva. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008: 91-122.
- 7 Santos NR. Democracia e Participação da Sociedade em Saúde. In: Matta GC, Lima JCF, organizadores. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV; 2008; (227-348)
- 8 Guizardi FL. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. Trab. educ. saúde. 2009; 7(9-34).
- 9 Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SP, Dias G., Siqueira-Batista R. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: os matizes da utopia. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2008; 18 (1): 105-121.
- 10 Batista AA, Muniz JN, Ferreira neto JA, Cotta RMM. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. Saúde soc. 2010; 19(4): 784-793.
- 11 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde - SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Série Textos Básicos, Distrito Federal: Editora do Ministério da Saúde; 2007.

- 12 Cotta RMM, Casal MM, Castro Rodrigues JF, Gomes KO, Junqueira TS. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. *Physis*. 2010; (3): 853-872.
- 13 Mitre SM, Girardi-de-Mendonça JM; Morais-Pinto NM; Meirelles CAB; Pinto-Porto C; Moreira T et.al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013; (13): 2134-2144.
- 14 Moura A; Carvalho AA. Aprendizagem colaborativa através de mapas conceituais. *Academia. EDU*, 01 de janeiro de 2007. [Acesso em: 03/03/2013]. Disponível em: http://www.academia.edu/579414/Aprendizagem_colaborativa_atraves_de_mapas_conceptuais
- 15 Crossetti MGO, Bittencourt GKGD, Schaurich D, Tancini T, Antunes M. Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2009;30(4):732-41.
- 16 Cogo ALP, Pedro ENR, Silva APSS, Spech AM. Avaliação de mapas conceituais elaborados por estudantes de enfermagem com o apoio de software. *Texto Contexto Enfermagem*. 2009; 18(3): 482-8.
- 17 Correia PRM, Silva AC, Romano junior JG. Mapas conceituais como ferramenta de avaliação na sala de aula. *Rev. Bras. Ensino Fís.* 2010; 32(4): 4402-1-4402-8.
- 18 Cicuto CAT, Correia PRM. Análise de vizinhança: uma nova abordagem para avaliar a rede proposicional de mapas conceituais. *Rev. Bras. Ensino Fís.* 2012; 34(1): 1-10.
- 19 Souza NA, Boruchovitch E. Mapa conceitual: seu potencial como instrumento avaliativo. *Pro-Posições*. 2010; 21(3): 173-192.
- 20 Gomes AP, Dias Coelho UC, Cavalheiro PO, Siqueira-Batista R. O Papel dos Mapas Conceituais na Educação Médica. *Rev. bras. educ. med.* 2011; 35(2): 275-282.
- 21 Novak JD.; Cañas AJ. The Theory Underlying Concept Maps and How to Construct and Use Them, Technical Report IHMC CmapTools 2006-01 Rev 01-2008, Florida Institute for Human and Machine Cognition, 2008. [Acesso em: 25/05/2013] Disponível em:
<http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryUnderlyingConceptMaps.pdf>
- 22 Ausubel DP, Novak JD, Hanesian H. *Psicologia Educacional*. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
- 23 Novak JD. Meaningful Learning: The Essential Factor for Conceptual Change in Limited or Inappropriate Propositional Hierarchies Leading to Empowerment of Learners, Wiley Periodicals, Inc. *Sci Ed* 86:548–571, 2002; Published online in Wiley

- Interscience (www.interscience.wiley.com). DOI 10.1002/sce.10032. [Acesso em: 04/04/2013]. Disponível em: <http://cmapspublic3.ihmc.us/rid=1JL5HB1XT-1QD9GNJ-12MG/Aprendizagem%20Significativa%2001.pdf>.
- 24 Novak JD. A view on the current status of Ausubel's assimilation theory of learning. CADMO: Giornale Italiano di Pedagogia, Sperimentale, Didattica, Docimologia, Tecnologia dell'instruzione. 1994; 2(4), 7-23.
- 25 Moreira MA. Mapas Conceituais e Aprendizagem Significativa. Instituto de Física – UFRGS, Porto Alegre – RS, 1997. [Acesso em: 21/11/2012]. Disponível em <http://www.if.ufrgs.br/~moreira/mapasport.pdf>
- 26 Villas Boas BMF. O portfólio no curso de pedagogia: ampliando o diálogo entre professor e aluno. Educ. Soc. 2005; 26(90): 291-306.
- 27 Moreira M.A. Mapas conceituais como instrumentos para promover a diferenciação conceitual progressiva e a reconciliação integrativa. Ciência e Cultura. 1980; 32(4): 474-479.
- 28 Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica Educação e Pesquisa, São Paulo. 2005; 31(3): 443-466.
- 29 Ruiz-Moreno L, Sonzogni C, Batista SHS, Batista NA. mapa conceitual: ensaiando critérios de análise. Ciência e Educação. 2007; 13(3): 453-463.
- 30 Cotta RMM, Mendonça ET, Costa GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. Rev Panam Salud Publica. 2011; 30(5):415-21.
- 31 Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ET. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. Ciênc. saúde coletiva. 2012; 17(3): 787-796 .
- 32 Souza WS. Participação Popular e Controle Social na Saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social. In: Matta GC, Pontes ALM. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz; 2007.
- 33 Kotler P. Administração de Marketing: a Edição do Novo Milênio. 10. ed. São Paulo:Prentice Hall;2000.
- 34 Corrêa K. Administração e Gestão - Conceitos, métodos e teorias administrativas. Módulo I - O que é o Marketing Internacional. [Acesso em: 20/04/2013]. Disponível em:<http://administracaoegestao.com.br/marketing-internacional/conceito-de-marketing>.

35. Siqueira RL et al . Conselho de segurança alimentar e nutricional: análise do controle social sobre a política estadual de segurança alimentar e nutricional no Estado do Espírito Santo. Saude Soc. 2011; 20(2): 470-482.

36 Nonaka I, Takeuchi H. 1935. Criação de Conhecimento na Empresa. 22^a. ed. Rio de Janeiro: Campus; 1997.

37 Gava TBS, Menezes CS, Cury D. (2003) Aplicações de Mapas Conceituais na Educação como Ferramenta Meta-Cognitiva. [Acesso em: 15/04/2013]. Disponível em: http://www.geografia.fflch.usp.br/posgraduacao/apoio/apoio_raffo/flg5052/aula_1/AplicacoesdeMapasconceituaisnaEducacao.pdf

Colaboração dos autores

Siqueira RL: concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

Ribeiro RCL: revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Soares JB: revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Cotta RMM: delineamento do estudo, revisão crítica do artigo e aprovação da versão a ser publicada.

Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional: análise do controle social sobre a Política Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional no Estado do Espírito Santo

Food and Nutritional Security Council: analysis of the social
control over the Food and Nutritional Security State Policy in
the State of Espírito Santo

Renata Lopes de Siqueira

Doutoranda em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa. Professora Titular do curso de Nutrição da Faculdade de Ciências Integradas do Espírito Santo.
Endereço: Rua Floriano Peixoto, 66, CEP 36570-000, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: renata.educacao@gmail.com

Débora de Andrade Fonseca

Acadêmica do Curso de Nutrição da Faculdade de Ciências Integradas do Espírito Santo.
Endereço: Rua Inácio Pessoa, 15, Caratoíra, CEP 29025-666, Vitória, Espírito Santo, Brasil.
E-mail: mariananutry@hotmail.com

Mariana Nogueira Viana

Acadêmica do Curso de Nutrição da Faculdade de Ciências Integradas do Espírito Santo.
Endereço: Rua Inácio Pessoa, 15, Caratoíra, CEP 29025-666, Vitória, Espírito Santo, Brasil.
E-mail: mariananutry@hotmail.com

Túlio da Silva Junqueira

Doutorando em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa; Professor Assistente do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário Serra dos Órgãos.
Endereço: Rua Ana Koester, 10, apto.102, CEP 36570-000, Centro, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: tuliojunqueira@gmail.com

Rita de Cássia Lanes Ribeiro

Doutora em Saúde Pública. Professora Associada do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Viçosa.
Endereço: Av. PH Rholfs, s/n, CEP 36570-000, Departamento de Nutrição e Saúde, Campus UFV, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: rribeiro@ufv.br

Rosângela Minardi Mitre Cotta

Doutora em Saúde Pública. Professora Associada do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Viçosa.
Endereço: Av. PH Rholfs, s/n., CEP 36570-000, Departamento de Nutrição e Saúde, Campus UFV, Viçosa, Minas Gerais, Brasil.
E-mail: rmmitre@ufv.br

Resumo

A fome, as carências nutricionais específicas e todas as outras formas de manifestação de insegurança alimentar não são fenômenos recentes, assim como a preocupação em estancá-las. Para tanto, ao longo dos anos, o conceito de segurança alimentar e nutricional foi reformulado e ampliado, e a atual concepção prima não somente por preservar, mas ampliar o princípio de controle social na formulação e no monitoramento das ações de segurança alimentar e nutricional. O objetivo deste estudo foi avaliar o controle social do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Espírito Santo em relação à política estadual de SAN, por meio da análise de seu regimento interno; das deliberações contidas nas atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho e da avaliação complementar da frequência dos conselheiros representantes das entidades. Observou-se uma predominância de deliberações sobre a organização da estrutura e dinâmica interna e informe, em relação às deliberações sobre o monitoramento, as propostas e as ações de SAN. Constatou-se também quantidade significativa de ausências dos conselheiros representativos das entidades civis e do estado nas reuniões do conselho. Conclui-se que embora o Conselho se constitua em uma importante estratégia de controle social na realização das políticas de SAN no Estado, essa participação ainda não tem sido realizada de forma plena.

Palavras-chave: Segurança Alimentar e Nutricional; Conselhos; Controle Social.

Abstract

Hunger, specific nutritional needs and all other forms of expression of food insecurity are not recent phenomena, nor is the concern about stanching them. The Food and Nutritional Security concept was reformulated and expanded over the years, and its current form aims not only to preserve, but also to expand the principle of social control regarding the formulation and monitoring of Food and Nutritional Security actions. The purpose of this study was to evaluate the social control of the Food and Nutritional Security Council of the State of Espírito Santo in relation to the FNS state policy, through the analysis of its internal regulations; the deliberations contained in the minutes of ordinary and extraordinary meetings of the council; and additional evaluation of the attendance of the entities' representatives. The predominance of deliberations about the organization of the structure and internal dynamics was observed, as well as reports on deliberations about the monitoring, proposals and FNS actions. There was also a significant amount of absences of civil and state entities' representatives at council meetings. It follows that although the Council represents an important strategy of social control in the pursuit of FNS state policies, this participation has not yet been fully carried out.

Keywords: Food Security and Nutrition; Councils; Social Control.

Introdução

A fome, as carências nutricionais específicas e muitas outras formas de manifestação de insegurança alimentar não são fenômenos recentes, assim como a preocupação em estancá-las. Entretanto, em âmbito internacional, a noção de Segurança Alimentar emerge apenas no contexto histórico no qual a disponibilidade e o acesso aos alimentos se converteram numa questão de segurança das populações e dos estados a ser promovida por meio da adoção sistemática e permanente de políticas públicas. Foi no contexto de duas guerras mundiais e da recessão dos anos 1930, nas primeiras décadas do século XX, que a questão alimentar tornou-se uma tarefa de estado (Maluf, 2007).

Assim sendo, inicialmente, a compreensão de segurança alimentar se restringia à preocupação com o aumento da disponibilidade de alimentos com vistas a preservar a própria segurança do estado. Contudo, a mecanização agrícola, a produção de alimentos em escala industrial e a expansão de relações internacionais de natureza política e econômica mais complexa evidenciaram o caráter dinâmico do conceito, revelando progressivamente que a questão do acesso, da inocuidade, da sustentabilidade e do respeito à diversidade cultural também são determinantes para que ocorra Segurança Alimentar e Nutricional (SAN).

No Brasil, concordando com recorte realizado por Maluf (2007), considera-se que o tema surgiu com maior repercussão na década de 1940 com a publicação do livro *Geografia da Fome*, de Josué de Castro. A obra denunciava a situação da fome, entendida como resultado de fatores multicausais, com ênfase na falta de acesso devido às desigualdades sociais.

Hoje, o tema ganhou *status* legal, a Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) - lei N. 11.946 de 15 de setembro de 2006 -, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN), no art. 3º, define que

a segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde

que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis (Brasil, 2006).

Essa concepção amplia os desafios no estabelecimento das políticas e ações de SAN, na medida em que impõe que elas se deem em bases sustentáveis, de forma intersetorial e respeitando a soberania nacional. Esse conceito, construído coletivamente ao longo das duas últimas décadas em espaços democráticos como as conferências e encontros internacionais e nacionais, deve, na sua aplicação, não somente preservar, mas ampliar a participação e o controle social. Dentre os princípios do SISAN explicitados na LOSAN, o Art. 8º destaca a importância da participação social na formulação, na execução, no acompanhamento, no monitoramento e no controle das políticas e dos planos de segurança alimentar e nutricional em todas as esferas de governo (Brasil, 2006).

Ressalta-se que o controle social sobre políticas públicas no Brasil emergiu no contexto de falência do sistema político ditatorial iniciado em meados de 1970. Naquele contexto, a crise econômica, somada à insuficiência e ineficiência das políticas públicas sociais vigentes, resultou em condições precárias de vida de parcela significativa da população e desencadeou um movimento de reforma política com vistas à democratização das ações do estado para atendimento efetivo das demandas sociais.

A perspectiva emergente, segundo Lumbambo e Coutinho (2004), era de que a abertura do estado para a participação concreta dos segmentos populares no processo decisório seria condição básica para efetiva gestão, onde os recursos seriam destinados com mais eficiência e com controle mais amplo. Segundo Cotta e colaboradores (1998), as reformas sociais propostas na Nova República traziam implícito o diagnóstico de que o modelo de crescimento com desigualdade, autoritarismo e excessiva centralização do poder haviam bloqueado as demandas populares. Emergia ainda a compreensão de que a participação da sociedade civil organizada reforçaria a dinâmica social no sentido da sua organização em associações de interesse, facilitando a disseminação da cultura participativa própria de uma comunidade cívica, que encontra na justiça, na equidade, na solidariedade, na confiança e na tolerância seus princípios fun-

damentais (Labra, 2002 apud Martins e col., 2008). Justificando ainda a criação dessas instâncias de controle social, estaria a perspectiva ideológica de que os atores sociais de diferentes segmentos, com seus respectivos interesses, ao se reunirem, buscariam soluções consensuais com vistas ao bem-estar coletivo.

Pode-se inferir que tais pressupostos fundamentam-se na doutrina clássica da democracia criticada por Schumpeter (1961), na qual o método democrático é compreendido como um arranjo institucional para se chegar a decisões políticas que realizem o bem comum, cabendo ao próprio povo decidir, através da eleição de indivíduos que se reúnem para cumprir-lhe a vontade. Essa compreensão do método democrático, ainda segundo esse autor, pressupõe a existência de um bem comum que seja orientador da política, fácil de definir e de entender por todos os membros da sociedade. Pressupõe também que há uma vontade comum, que corresponde exatamente ao interesse, ao bem-estar ou à felicidade comuns. Por conseguinte, todos os membros da comunidade, conscientes da meta, sabendo o que querem, discernindo o que é bom do que é mau, tomam parte, ativa e honestamente, no fomento do bom e no combate ao mau. É com base nesses pressupostos que no sistema democrático os membros, em conjunto, controlariam os negócios públicos.

Dentro dessa perspectiva da democracia clássica é que a sociedade civil adquiriu importância significativa não apenas na luta contra o autoritarismo, mas também no estabelecimento de novas práticas e valores sociais pautados na igualdade, na solidariedade, na cultura de direitos e na constituição de novos mecanismos de gestão de políticas públicas (Lüchmann, 2002).

Dessa forma, em diversos setores da nova configuração de estado democrático emergiram diferentes níveis e arenas de participação social, dentre os quais se incluem, por exemplo, as comissões, os fóruns, as conferências, os conselhos gestores. Estes últimos ocupando posição privilegiada, uma vez que passam a fazer parte, inclusive, em caráter obrigatório, da estrutura institucional de diversas políticas públicas sociais.

Conforme assinala Tatagiba (2005), os conselhos gestores estão presentes na maioria dos municípios

brasileiros, abrangendo diversos setores: saúde, educação, moradia, dentre outros. Representam uma conquista inegável da construção de uma institucionalidade democrática que intensifica o diálogo entre governo e sociedade e propicia condição para a alocação mais justa e eficiente dos recursos públicos.

Entretanto, diversos estudos sobre conselhos gestores têm demonstrado que a ideia da participação da sociedade civil não assegura por si mesma a reversão de uma lógica de poder em direção ao aprofundamento da democracia. Segundo Lüchmann (2002), é preciso atentar para o fato de que os fatores impeditivos de processos participativos são complexos, envolvendo questões de natureza política, econômica, social e cultural, e que dizem respeito a uma sociedade estruturalmente assentada sobre os pilares do clientelismo, do autoritarismo e das desigualdades sociais.

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Lumbambo e Coutinho (2004) apontam a ocorrência de três fatores impeditivos do efetivo controle social: 1) a persistência de práticas clientelistas, autoritárias e de corrupção na trajetória política brasileira; 2) a predominância de uma cultura individualista de defesa de interesses particulares, que impede o comprometimento legítimo dos indivíduos nos fóruns de controle social; 3) a suspeita de que há um restrito capital social aprimorado, tecnicamente habilitado para atuar como partícipe de uma gestão social, o que levaria a uma frágil atuação dos conselhos.

Além dessas limitações, é significativo considerar a Teoria da Ação coletiva desenvolvida por Olson. De acordo com essa teoria, a capacidade de organização dos interesses dos diferentes segmentos sociais impõe distorções no mecanismo de representação, onde nem todos os atores conseguem obter o mesmo grau de representação de seus interesses (Olson, 1965 apud Cotta e col., 1998).

Deve-se também considerar as análises sobre cidadania efetivadas por Bobbio (1986). Segundo esse autor, é necessário reconhecer o contraste existente entre os ideais democráticos e a “democracia real”. Nesta última, observa-se uma série de “promessas não cumpridas”, entre elas a crença de que a educação para a democracia surgiria do próprio exercício democrático. Ao analisar a cultura

da participação democrática em instâncias representativas infere-se que ela pode ser compreendida por meio dos conceitos de *output* e *input* do sistema político. O *output* do sistema refere-se aos benefícios que o eleitor espera extrair do sistema político, e o conceito de *input* é relativo à cultura participante, própria dos eleitores potencialmente empenhados na articulação das demandas e na formação das decisões. Segundo esse autor, mesmo nas democracias consolidadas está diminuindo o voto de opinião, e aumentando o voto clientelar fundado no apoio político em troca de favores pessoais, orientado para o *output*. Embora as análises desse autor se reportem ao exercício da cidadania no momento de eleição de seus representantes, pode-se supor que esse comportamento orientado para o *output* se repita em outras arenas de participação social, tais como os conselhos gestores.

Os estudos supracitados sobre o processo de constituição do estado democrático e das instâncias e estratégias de participação social nele existentes conduzem ao questionamento do exercício do controle social no âmbito do SISAN, e suscitam a hipótese norteadora deste trabalho de que, embora os Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEAs) sejam compreendidos como uma importante estratégia de controle social na realização das políticas de SAN, a sua atual estrutura de organização, interatividade e dinâmica de funcionamento faz com que esse controle social seja ainda incipiente.

O objetivo deste trabalho foi analisar o controle social do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Espírito Santo (CONSEA/ES) em relação à política estadual de SAN.

No âmbito da SAN, juntamente com as Conferências, o Fórum Brasileiro de Segurança Alimentar e Nutricional (FBSAN) e os CONSEAs constituem-se em esferas institucionais do SISAN para a realização do controle social. São instâncias de caráter predominantemente consultivo, que aglutinam representantes do governo e da sociedade civil com papel de assessoramento do estado na formulação e implementação das políticas de SAN.

Importante ressaltar que os conselhos não se constituem em instâncias peculiares do SISAN, outros sistemas ou setores, inclusive anteriores a ele, tais como a Saúde e a Educação, mas recorreram à

instituição de conselhos como mecanismo de controle social. A peculiaridade dos conselhos no SISAN reside, entre outros aspectos, no fato de não estarem necessariamente subordinados a um ministério ou secretaria estadual ou municipal, assumindo um caráter suprassetorial, e de serem órgãos de composição majoritária de membros representantes da sociedade civil em relação aos representantes do governo do estado na proporção de 2/3 e 1/3, respectivamente de cada segmento.

Dentre as características comuns fundamentais com os demais conselhos está o fato de que foram concebidos dentro da mesma premissa de constituição de sujeitos democráticos com o propósito de atuar em políticas públicas, em geral, do tipo distributiva.

Conforme formulado por Theodor Lowi, 1972 citado por Souza (2004), as políticas redistributivas são aquelas nas quais as decisões tomadas pelo governo desconsideram a questão dos recursos limitados, gerando impactos mais individuais do que universais, ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões, em detrimento do todo. Por privilegiar certos grupos, o desenho estratégico dessas políticas deve incluir a identificação dos atores que lhes deem sustentação e os mecanismos de articulação e negociação entre tais atores. Sem tais atores, as políticas públicas de caráter redistributivo, como os programas na área social, tendem a se sustentar apenas na adesão fortuita e muitas vezes oportunista de setores das burocracias especializadas, o que lhes confere pouca legitimidade social e baixa sustentabilidade (Luchmann, 2002).

A criação do primeiro CONSEA deu-se em abril de 1993, no governo do então presidente Itamar Franco, e era um órgão de consulta e assessoria do Presidente da República, composto dos ministros de Estado e representantes da sociedade civil. Segundo Maluf (2007), na época emergiu como uma forma inovadora de parceria na busca de soluções para o problema da fome e da miséria no país, mas que durou apenas até o final de 1994 quando foi extinto pelo governo Fernando Henrique Cardoso. Para esse autor, quatro fatores contribuíram para que os êxitos alcançados fossem limitados: a novidade do tema, o caráter de transição do governo Itamar, a zelosa resistência dos controladores da política econômica e a frágil

atuação da maioria dos conselheiros, tanto oriundos do governo quanto da sociedade civil. Para Maluf, “a débil repercussão da extinção do conselho confirma o limitado enraizamento social daquela primeira e breve experiência” (2007, p. 84).

Em março de 2003, o então Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, restituiu e deu posse aos membros do novo CONSEA nacional, permanecendo como um órgão de assessoramento da Presidência da República composto dos ministros de Estado, representantes da sociedade civil e das entidades empresariais, além de observadores de outros conselhos, organismos nacionais e internacionais. A ideia de constituição do conselho se multiplicou e deu origem a conselhos estaduais e municipais, sendo que atualmente estes somam um total de 27 conselhos estaduais e 253 municipais, respectivamente, presentes em todo o território nacional e ampliando as probabilidades de controle social (CONSEA, 2007).

Metodologia de Investigação

O CONSEA/ES, objeto de estudo desta investigação, foi instituído pelo Decreto nº 1141-S, de 29 de maio de 2003, com o objetivo de propor políticas estruturantes que configurem a alimentação como um dos direitos humanos fundamentais e como parte integrante do direito de cada cidadão, assim como promover e/ou articular ações supletivas em caráter de emergência, destinadas a determinados grupos sociais, voltadas para o enfrentamento do problema da fome e da miséria (Espírito Santo 2003 a).

O CONSEA/ES é constituído, de acordo com diretrizes do CONSEA Nacional, por 1/3 de representantes do Governo do Estado e 2/3 de representantes da Sociedade Civil organizada, sendo que estes não recebem qualquer tipo de remuneração por ser a participação no Conselho considerada função pública relevante. O primeiro mandato dos conselheiros ocorreu no período de 2003 a 2006, e o segundo, de dois anos, no período de 2000 a 2008, conforme previsto no Regimento Interno elaborado e aprovado em 31 de agosto de 2006 pelos conselheiros do mandato anterior (CONSEA/ES 2006).

Ainda de acordo com o exposto regimento Interno, compete ao CONSEA/ES: 1) propor diretrizes,

aprovar, acompanhar e controlar a execução do Plano Estadual de Segurança Alimentar e Nutricional; 2) articular os órgãos do governo federal, estadual e municipal e organizações não governamentais para a implantação desse plano; 3) propor e apoiar ações voltadas para o combate às causas da miséria e da fome; 4) incentivar parcerias que garantam mobilização e racionalização no uso dos recursos disponíveis; 5) coordenar campanhas de conscientização da opinião pública, visando articular a união de esforços; 6) criar Câmaras Temáticas para estudo e acompanhamento permanente de temas fundamentais na área de SAN (CONSEA/ES, 2006).

Para a análise do controle social no contexto do CONSEA/ES, investigou-se o conteúdo das atas e as memórias de atas de reuniões do plenário do CONSEA/ES realizadas durante o período de 13 de novembro de 2003 a 17 de abril de 2007, totalizando 29 documentos analisados.

Três fatores fundamentais justificaram a ênfase no conteúdo das atas das reuniões do plenário: primeiro, o fato de o plenário constituir-se a instância máxima do conselho com atribuições deliberativas em relação à política de SAN, onde a presença ativa dos conselheiros é considerada parte de suas competências; segundo, porque é nas reuniões do plenário que ocorre a interação dos diferentes segmentos sociais, onde os conselheiros se encontram, discutem, negociam, disputam e votam as matérias referentes a SAN. As propostas aprovadas, pelo fato de raramente apresentarem unanimidade consensual, expressam o jogo de forças, os interesses e as posições majoritárias; e terceiro, porque as deliberações do Plenário são convertidas em Resoluções, posteriormente publicadas no Diário Oficial, e expressam a concretização do cumprimento ou não das diretrizes da política de SAN.

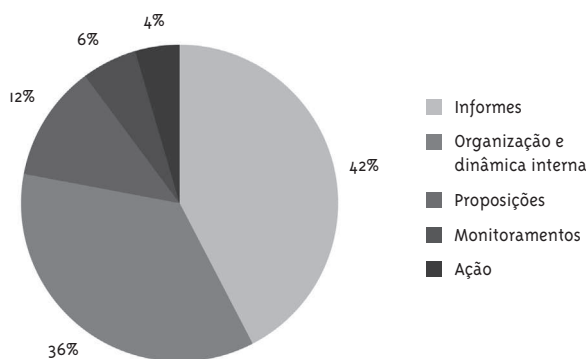
Nesta pesquisa as deliberações contidas nas atas foram distribuídas em cinco categorias de análise, a saber: 1) Informes; 2) Organização e Dinâmica Interna; 3) Monitoramento e Controle das Políticas de SAN; 4) Proposições; 5) Ações de SAN. Também foi realizada análise quantitativa da situação das atas em relação à apreciação e aprovação pelo plenário, levantando-se quantas atas foram aprovadas ou não. Em caráter complementar ao conteúdo das atas foi avaliada a assiduidade dos segmentos repre-

sentativos - sociedade civil e estado - nas reuniões do plenário. Realizou-se a soma das presenças e faltas de todas as entidades representantes dos dois segmentos em cada ano. Nessa análise foram consideradas somente como faltas as ausências dos conselheiros representantes titular e suplente do mesmo segmento, pois considerou-se que, na presença de um deles, a representação por segmento estava garantida.

Resultados

Seguindo o critério de distribuição das categorias de análise acima descritas, inicia-se esta discussão a partir dos Informes. Ressalta-se que foram considerados como Informes as deliberações que comunicam sobre eventos com interface na área de SAN, com ou sem a participação do CONSEA, por exemplo, as deliberações tipo: 1) “Será realizado no dia 19 de março de 2004 o evento economia solidária e desenvolvimento” (3ª Reunião Ordinária - 26/02/2004); 2) “Lançamento no Estado do Programa Cozinha Brasil, do SESI” (6ª Reunião Ordinária - 29/07/2004). De acordo com o gráfico 1, os Informes representaram 41% das deliberações.

Gráfico 1 - Deliberações realizadas pelos membros do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Estado do Espírito Santo no período de 2003 a 2007



Na categoria Organização e Dinâmica Interna foram reunidas aquelas deliberações que se referem à estrutura de funcionamento e operacionalização do CONSEA, incluindo desde o processo de eleição até a organização das Conferências de SAN, como pode

ser visto nos exemplos a seguir: 1) “Formação de comissão para elaboração de proposta do regimento interno, [e] comissão para preparação da Conferência Estadual” (1ª Reunião Ordinária -13/11/2003); 2) “Realização das reuniões às quintas-feiras, por ser o dia em que o auditório da Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social (SETAS) está mais disponível” (3ª Reunião Extraordinária - 17/12/2003); 3) “Votar os nomes dos representantes deste CONSEA no I Encontro de CONSEAs Estaduais da Região Sudeste” (8ª Reunião Ordinária - 04/11/2004). As deliberações dessa natureza contemplaram 36% do total, somente ficando atrás dos Informes. Somados, deliberações tipo Informe e Organização e Dinâmica Interna perfazem 77% do conjunto das deliberações.

Observou-se certa morosidade no fluxo das atividades de organização e operacionalização do Conselho, haja vista a recorrência de determinadas deliberações nas reuniões, conforme fica explícito nos exemplos a seguir: 1) “Retomar o tema Regimento Interno na próxima reunião” (3ª Reunião Ordinária - 26/02/2004); 2) “Agilizar a discussão do Regimento” (4ª Reunião Ordinária - 25/3/2004).

Em relação à dinâmica do CONSEA/ES, também chamou a atenção a irregularidade em relação ao número de reuniões realizadas em cada ano durante o período de 2003 a 2007. No mandato inaugural do CONSEA/ES, publicado no Decreto nº 2051-S em 31 de outubro de 2003, ocorreram 4 reuniões (1 ordinária e 3 extraordinárias), sendo que a primeira reunião ocorreu em novembro do referido ano (Espírito Santo 2003 b).. No ano de 2004, esse total foi de 10 reuniões (7 ordinárias e 3 extraordinárias); em 2005 foram 7 reuniões (todas ordinárias); em 2006 foram 3 (todas ordinárias); e, em 2007, 3 ordinárias e 2 extraordinárias, ressaltando que no ano de 2007 as atas foram analisadas somente até abril. Além da não equivalência no número de reuniões, constata-se que, até 2006, elas ocorreram em número inferior ao preconizado no Regimento Interno deste conselho onde consta que “O plenário reunir-se-á em caráter ordinário, uma vez por mês e extraordinariamente, sempre que for convocado pelo presidente, ou por 2/3 de seus membros” (CONSEA/ES, 2006, p. 4). A irregularidade das reuniões pode, inclusive, ser uma entre outras causas da recorrência de alguns temas e a não conversão de algumas proposições em ações

concretas como veremos na análise das categorias de proposições e ações mais adiante.

Considerou-se como Monitoramento e Controle das Políticas de SAN o diagnóstico e acompanhamento dos impactos dessas políticas sobre a população, principalmente aquelas voltadas para os grupos mais vulneráveis. Nesse sentido, essa categoria incorporou deliberações como: 1) “Apresentação da Associação de Celíacos do Espírito Santo - ACELES, justificando a importância da discussão da temática no CONSEA-ES” (8ª Reunião Ordinária - 04/11/2004); 2) “Apoio aos povos indígenas no desenvolvimento de ações de SAN” (12ª Reunião Ordinária - 28/04/2005).

Podemos ver, pelo gráfico 1, que essas deliberações representaram somente 6% do total, a despeito do fato de elas serem essenciais para o andamento das políticas de SAN e superação das situações de insegurança alimentar e nutricional a que está sujeita parcela significativa da população. Ademais, o conteúdo das atas indica que inexistem, até o momento da pesquisa, procedimentos e instrumentos concretos de sistematização das ações de Monitoramento, o que implica que elas têm se processado de forma difusa. Contudo, há, no Regimento Interno, a proposta de criação de Câmaras Temáticas Permanentes com o objetivo de sistematizar e aprimorar as competências do CONSEA/ES. Essas câmaras deveriam elaborar pareceres, estudos e relatórios a serem apreciados e aprovados em plenário. Entre as câmaras citadas no Regimento, está prevista a composição de uma Câmara de Indicadores, Instrumentos de Ação, Avaliação e de Monitoramento de SAN, mas que até o final desta pesquisa não havia sido implementada (CONSEA/ES, 2006).

No conjunto, as Proposições incluíram as propostas elaboradas pelos membros do CONSEA com intuito de assessorar o Governo do Estado e entidades da sociedade civil na elaboração e implementação de ações de SAN. Essas propostas, a princípio, se formulariam em cumprimento ao papel do CONSEA previsto na LOSAN e no Regimento Interno. Como propostas foram classificadas, entre outras, as seguintes deliberações: 1) “Importância de fazer mapeamento sobre a situação de insegurança alimentar no estado e propõe que seja apresentado na próxima reunião o Sistema de Vigilância Alimentar

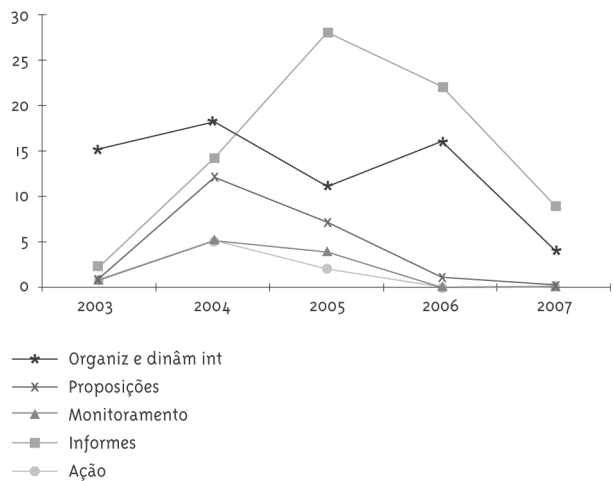
e Nutricional (SISVAN) ao CONSEA/ES” (5ª Reunião Ordinária - 24/06/2004); 2) “Aprofundar a discussão sobre a terceirização da alimentação escolar” (6ª Reunião Ordinária - 29/07/2004); 3) “Formação de uma comissão de trabalho temporário para análise técnica e emissão de parecer sobre multimistura a ser apresentada ao governo antes da celebração do convênio entre a Pastoral da Criança e o Governo do Estado” (6ª Reunião Ordinária - 29/07/2004).

Apesar de sua relevância na elaboração das políticas de SAN estaduais, essas deliberações propositivas representaram somente 12% do total.

Dentro da categoria Ações, avaliaram-se as deliberações em que as proposições se converteram em ações concretas de SAN, como exemplo: 1) “Apresentação do sistema SISVAN, como ele vem sendo implantado no estado” (6ª Reunião Ordinária - 29/07/2004); 2) “Apresentação e aprovação de documento com proposta sobre a multimistura” (5ª Reunião Extraordinária - 05/08/2004). Essas duas deliberações acataram a proposta da 5ª e 6ª reuniões ordinárias de 2004, respectivamente. Na análise, essas Ações representaram 5% do conjunto, como mostra o gráfico 1. Quando comparada à porcentagem de Proposições (12%), indica que mais de 50% das Propostas não se converteram em Ações.

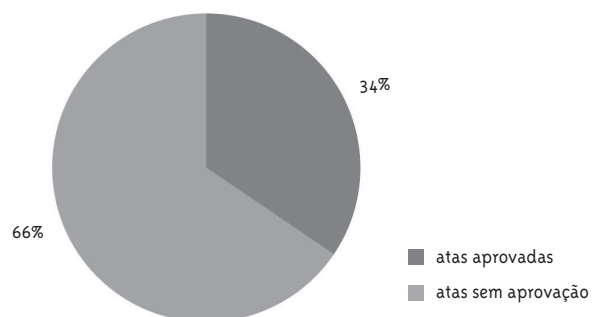
O gráfico 2 representa uma distribuição do conjunto das deliberações de acordo com a cinco categorias estabelecidas no período da pesquisa. Revela que durante todo o período analisado predominaram as deliberações sobre Organização e Dinâmica Interna e Informe, que houve uma significativa prevalência de informes no período de 2005 a 2006, e praticamente uma ausência de deliberações sobre monitoramentos e ações no período de 2006 a 2007. Durante a pesquisa foi também diagnosticado o fato de os conselheiros não terem participado de nenhum processo de capacitação para a realização de suas funções.

Gráfico 2 - Deliberações realizadas pelos membros do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Estado do Espírito Santo no período de 2003 a 2007.



Na análise das atas, buscamos verificar se todas elas foram aprovadas ou não. Tomando por base o total de 29 documentos analisados, chegamos ao resultado de que 66% deles não foram aprovados pelos conselheiros presentes nas reuniões, conforme o gráfico 3.

Gráfico 3 - Porcentagem de atas aprovadas e sem aprovação pelo Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Estado do Espírito Santo, no período de 2003 a 2007



Nota-se na avaliação das atas que muitas foram enviadas por correio eletrônico aos conselheiros para serem analisadas, conforme ilustra a seguinte fala: “Foi acordado entre os presentes que as três atas seriam enviadas pela secretária executiva para os conselheiros, via *e-mail*, para apreciação, e que esses redigiriam e enviariam ao CONSEA a possível proposta de alteração das atas” (18ª Reunião Ordinária - 26/10/2006). Um dos possíveis motivos da não aprovação pode ser o fato de alguns conselheiros relatarem não ter lido as atas por não possuírem acesso à internet, ou por essas atas não terem sido

enviadas em tempo hábil para apreciação. Cabe ressaltar que as atas que não são aprovadas em reunião não são formalmente validadas, mas isso não implica, necessariamente, em que as deliberações sejam descumpridas.

A tabela 1 refere-se à representação dos órgãos governamentais e segmentos da sociedade civil. Demonstra que em todos os anos houve uma maior participação dos representantes da sociedade civil nas reuniões. Isso pode ser justificado por haver uma maior representação da sociedade civil (2/3) na composição do CONSEA em relação aos órgãos governamentais (1/3).

Tabela 1 - Frequência das entidades do governo e sociedade civil nas reuniões do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Estado do Espírito Santo, 2007

ANO	Órgãos Governamentais		Representantes da Sociedade Civil	
	Nº de Faltas	Nº de Presenças	Nº de Faltas	Nº de Presenças
2003	13	19	36	28
2004	32	48	83	77
2005	29	27	51	61
2006	10	14	16	32
2007	11	29	20	60

Por último, destaca-se que todas as entidades apresentaram um grande número de ausências nas reuniões, o que também explica a dificuldade de avançar nas deliberações. Ata da 10ª Reunião Ordinária, de 24 de fevereiro de 2005, expressa a preocupação da mesa diretora quanto à baixa participação dos conselheiros nas reuniões, determinando, inclusive, o envio de ofício de advertência às entidades cujos representantes não têm comparecido. Na plenária em questão, a mesa reconheceu ser fundamental a participação dos conselheiros para que sejam efetuadas as deliberações e para o bom andamento das atividades do conselho.

Discussão

Analisando os resultados apresentados, chama a atenção a preponderância de deliberações das categorias Informes (41%) e Organização e Dinâmica internas (36%). Em relação à primeira categoria, compreende-se que os informes têm sua relevância

pelo fato de que, além de comunicar sobre os eventos, eles estimulam a participação dos conselheiros e, por essa via, servem para divulgar o papel do CONSEA para a sociedade em geral. Contudo, o fato de se revelarem em maior número e empregando uma maior parte do tempo nas reuniões contraria o Regimento Interno que preconiza que as competências do conselho devem estar prioritariamente voltadas para a proposição, a análise, o monitoramento e o apoio das ações e programas públicos relacionados a SAN sob a ótica dos direitos humanos (CONSEA/ES, 2006).

No que tange a categoria Dinâmica e Organização interna, situação similar foi diagnosticada por Lüchmann (2002) ao estudar o desenho institucional dos Conselhos de Saúde. Essa autora constatou que a elaboração do regimento interno ocupa as pautas de reuniões por meses ou até anos consecutivos. Esse tipo de atividade foi analisado como um fator que contribui para o recrudescimento de uma atuação eminentemente institucional dos conselheiros que

não assegura uma maior articulação e participação com suas bases sociais representativas.

Conjuntamente essas duas categorias representaram 77% das deliberações. Compreende-se que sejam determinadas por diversos fatores; entre eles, a própria precocidade do CONSEA/ES. A partir de estudo focado na instância nacional, Costa (2008) destaca que a experiência do CONSEA, diferentemente dos Conselhos de Saúde que possuem significativa legitimidade perante a sociedade e os governos, é relativamente recente, encontrando-se em estágio inicial de desenvolvimento. Essa assertiva sobre a precocidade do CONSEA é ainda mais válida para as instâncias municipais e estaduais.

Passando à análise das categorias Monitoramento e Controle das Políticas de SAN (6%); Proposições (12%) e Ações (5%), elas serão discutidas conjuntamente, porque embora sejam categorias de sentido distinto, conforme explicitado acima, possuem uma estreita relação de dependência, pois espera-se que as proposições sejam formuladas mediante indicadores de monitoramento, que deveriam se converter em ações, que, por sua vez, também deveriam ser avaliadas por meio dos indicadores de monitoramento, fechando um ciclo contínuo de interatividade entre essas três categorias.

Os resultados revelaram, tanto isoladamente quanto em conjunto, um percentual minoritário de deliberações de Monitoramento, Propositivas e de Ações, inclusive observando-se que poucas proposições se converteram em ações efetivas, quando comparadas à porcentagem de Proposições (12%). Os resultados indicam que mais de 50% das Propostas não se converteram em Ações.

Compreende-se que esse cenário amplia as possibilidades de violação do DHAA e enfraquece a participação social na formulação, implementação e fiscalização das políticas de SAN. Conforme analisado no início deste trabalho, o objetivo da participação social é a universalização dos direitos sociais; a ampliação do conceito de cidadania; e a influência da sociedade no aparelho estatal com vistas ao melhor atendimento das demandas sociais (Souza, 2004). Compreende-se que essa influência,

no âmbito do conselho, somente se concretiza via predominância de deliberações de natureza monitorativa e propositiva e da realização de ações efetivas promotoras da SAN.

Um fator importante a se considerar ao analisar a incipiente prevalência dessas três categorias de deliberações é o fato de os conselheiros não terem participado de nenhum processo de formação para a realização de suas funções. Essa ausência de formação não é, inclusive, privilégio do CONSEA/ES. Estudiosos da Associação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos¹ afirmam que diversos conselhos de políticas públicas no Brasil sofrem de uma série de problemas; entre eles, a ausência de capacitação dos conselheiros para o exercício de suas funções. Entende-se que esse processo de formação é condição necessária para o empoderamento dos conselheiros, ele possibilitaria muni-los de informações necessárias para que efetivamente pudessem avaliar e propor políticas de SAN.

Compreender como funciona a administração, quais os problemas e demandas sociais, quais as prioridades e mecanismos de atendimento, são algumas das questões que desafiam a participação junto aos Conselhos. Segundo Chauí, 1986 citada por Martins e colaboradores (2008), os sujeitos políticos participam da vida social em proporção ao volume e qualidade das informações que possuem, em especial a partir das suas possibilidades de acesso às fontes de informação e de condições favoráveis de aproveitamento delas, de forma a poderem intervir como produtores do saber.

Contudo, mesmo em face de um eventual processo de capacitação, deve-se retomar o conceito de *output* analisado por Bobbio (1986) e não desconsiderar a possibilidade de os membros representantes proporem ou votarem a favor de deliberações que atendam a seus interesses particulares, configurando uma situação de “mandato vinculado” típica da democracia real.

Igualmente devem ser consideradas as análises de Schumpeter (1961) acerca da natureza humana na política. Criticando os pressupostos da democracia clássica sobre a determinação e independência da

1 ABRANDH - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS. *Ausência e/ou ineficácia dos mecanismos de exigibilidade administrativo, quase judiciais e judiciais*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.direitohumanoalimentacao.org.br>>. Acesso em: 10 out. 2007.

vontade do eleitor, seus poderes de observação e interpretação de fatos, e sua capacidade de tirar, clara e prontamente, inferências racionais de ambos, este autor recorre à psicologia social e às teorias econômicas sobre o consumo, que enfatizam acerca da importância do elemento irracional e extrarracional no comportamento dos indivíduos.

Primeiro, com base na psicologia das multidões, argumenta que, quando em aglomerações, os indivíduos agem com menor senso de responsabilidade, grau mais baixo de energia mental e maior sensibilidade a influências não lógicas. Segundo, a partir de análises econômicas sobre consumo, explica que existem dois tipos de racionalidades que guiam o comportamento humano e que atuam de acordo com as circunstâncias específicas: a racionalidade de pensamento e a racionalidade de ação. Esta última presente nas decisões frequentemente repetidas, em que o indivíduo é submetido à influência salutar e racionalizante de experiências favoráveis e desfavoráveis. São decisões que sofrem também a influência de motivos e interesses relativamente simples e sem problemas que deem motivos à inquietação (Schumpeter, 1961).

Isso é o que ocorre na maioria das decisões da vida diária, situadas dentro do pequeno campo que a mente do homem pode abarcar com inteira compreensão de sua realidade, nos fatos que lhe são familiares e que ele pode influenciar ou decidir diretamente e para as quais ele desenvolve uma espécie de responsabilidade, induzida por uma relação direta entre os efeitos favoráveis e desfavoráveis de um determinado curso de ação (Schumpeter, 1961). Importante frisar que para este autor a racionalidade de ação pode apresentar-se sem qualquer deliberação consciente e à parte a habilidade de formular corretamente os motivos lógicos de ação. Em outros termos, a racionalidade de ação obtida por experiências cotidianas não implica em uma associação de causa/efeito.

Mesmo no caso de assuntos muito próximos à realidade vivida, pode haver uma capacidade reduzida de discriminar, entre fatos, uma pequena disposição para agir neles baseado em um reduzido senso de responsabilidade.

No entanto, quanto menores os vínculos diretos e quanto mais afastados são os assuntos dos

interesses privados cotidianos, o conhecimento dos fatos e os métodos de inferência afastam-se mais ainda dos preceitos de responsabilidade e busca permanente do bem comum da doutrina clássica da democracia.

esse reduzido senso de realidade explica não apenas a existência de um reduzido senso de responsabilidade, mas também a ausência de uma vontade eficaz. O indivíduo fala, deseja, sonha, resmunga. E, principalmente, sente simpatias e antipatias. Mas, ordinariamente, esses sentimentos não chegam a ser aquilo que chamamos de vontade, o correspondente psíquico da ação responsável e intencional. De fato, o cidadão privado que medita sobre a situação nacional não encontra campo de ação para sua vontade nem tarefa em que ela possa se desenvolver (Schumpeter, 1961, p. 318).

Dentro dessa perspectiva, vale a pena indagar sobre o quão próximo o tema da (in)segurança alimentar, em toda a sua complexidade, que abarca temas como sustentabilidade, políticas intersetoriais e produção de alimentos, entre outros, suscitando-lhes um senso de responsabilidade e vontade de atuar em prol da causa, ainda diretamente vinculado a essa análise sobre a natureza humana na política, passa-se a discorrer sobre a representatividade dos segmentos (sociedade civil e estado) no CONSEA/ES.

Apesar de os dados da pesquisa terem revelado que em todos os anos houve uma maior participação dos representantes da sociedade civil nas reuniões, é importante ressaltar que a maior participação não implica necessariamente que as deliberações resultem na predominância do interesse dos mesmos. Diversos estudos têm demonstrado que nos conselhos a paridade numérica não corresponde a uma paridade política (Stanisci, 1997 apud Luchmann, 2002). Mesmo entre as experiências que não obedecem à regra da paridade, como no caso dos CONSEAs, onde a sociedade civil predomina, observam-se muitas dificuldades para o estabelecimento de uma representatividade expressiva dos diferentes interesses sociais.

Para Cortes (2002), a posição das autoridades interfere decisivamente sobre a participação social, influenciando diretamente: (1) na formação da agenda de discussão, (2) no funcionamento geral do

fórum, (3) na possibilidade de cumprir as decisões ali tomadas e (4) na possibilidade de pressionar os demais gestores e os prestadores de serviços para o cumprimento das decisões. Soma-se a esse problema a possibilidade de carência de legitimidade dos conselhos ocasionada pelo fato de muitos conselheiros serem designados por indicações políticas e não por meio de assembleias dos segmentos a que representam, não detendo, portanto, efetiva representação social. Essas indicações políticas corroboram com o pensamento de Olson, 1965 (apud Cotta e col., 1998) em relação às distorções da representatividade do controle social condicionadas pela capacidade de organização dos segmentos sociais.

Finalizando, observou-se também um expressivo número de atas não aprovadas e ausências de conselheiros nas reuniões de ambos os segmentos: sociedade civil e estado. Conforme ressaltado, as atas que não são aprovadas em reunião não são formalmente validadas, podendo implicar na execução das deliberações ou não. As faltas representam também um descompromisso.

Considerações Finais

Conclui-se que embora o CONSEA se constitua numa importante estratégia de controle social das políticas de SAN do Estado, no conselho estudado, esse controle revelou ser exercido de forma ainda incipiente. A evidência desse fato ficou expressa na predominância de deliberações de natureza informativa e sobre a organização da estrutura e dinâmica do Conselho, em relação às deliberações sobre monitoramento, proposição e ações de SAN. Somada a essa desproporcionalidade deliberativa, observou-se a irregularidade no número de assembleias no período analisado e o elevado número de faltas dos conselheiros.

Acredita-se que, no conjunto, esses fatores interferem mutuamente levando à fragilidade no desempenho do conselho. Nessa perspectiva, compreende-se que a sobrecarga de discussões detalhadas sobre organização e informes leva ao esvaziamento de reuniões de conselho. Por sua vez, o elevado número de faltas acarreta a descontinuidade das discussões e, por consequência, impede o avanço das deliberações de natureza propositiva. O conteúdo das

atas corroborou também a suspeita de que há um restrito capital social, aprimorado e tecnicamente habilitado, para atuar como partícipe de uma gestão social. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de realização de um processo de empoderamento dos conselheiros, para que estes obtenham condições de exercer o efetivo controle social das políticas de SAN no estado. Finalizando, ressalta-se que as análises contidas nesta pesquisa devem ser interpretadas considerando a escassez de publicações científicas sobre o tema, o que restringe a possibilidade de contrapor os dados obtidos a diferentes experiências e perspectivas. Essa lacuna teórica impõe, a princípio, a necessidade de mais estudos sobre o controle social no Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional, seja no âmbito municipal, estadual ou nacional.

Referências

BOBBIO, N. *O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

BRASIL. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 SET. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm>. Acesso em: 2 maio 2011.

CONSEA - CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL. *Consea*. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/consea-2>>. Brasília, DF, [s.d.]. Acesso em: 7 out. 2007.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado do Trabalho e Assistência e Desenvolvimento Social (SETADES). Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA/ES). Regimento interno do Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Estado do Espírito Santo - CONSEA/ES, de 31 de agosto de 2006. *Diário Oficial do Espírito Santo*, Vitória, 31 ago. 2006. p. 8.

- CORTES, S. M. V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema único de Saúde. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 18-49, 2002.
- COSTA, C. G. A. *Segurança alimentar e nutricional: significados e apropriações*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.
- COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; MUNIZ, J. N. *Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real*. Viçosa: UFV, 1998.
- ESPÍRITO SANTO. Decreto nº 1141-S, de 29 de maio de 2003. Institui o Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Estado do Espírito Santo e da outras providencias. *Diário Oficial do Espírito Santo*, Vitória, 29 maio 2003a. p. 2
- ESPÍRITO SANTO. Decreto nº 2051S, de 30 de outubro de 2003. Designa os representantes para compor o Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional do Estado do Espírito Santo - CONSEA/ES. *Diário Oficial do Estado do Espírito Santo*, Vitória, 31 out. 2003b. p. 1.
- LÜCHMANN, L. H. H. Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional. *Ciências Sociais Unisinos*, São Leopoldo, n. 161, p. 43-79, 2002.
- LUMBAMBO, C. W.; COUTINHO, H. G. Conselhos gestores e o processo de descentralização. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 62-72. 2004.
- MALUF, R. S. J. *Segurança alimentar e nutricional*. Petrópolis: Vozes, 2007.
- MARTINS, P. C. et.al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: os matizes da utopia. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 105-121, 2008.
- SOUZA, R. O. Participação e controle social. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). *Política social, família e juventude: uma questão de direitos*. São Paulo: Cortez, 2004. p. 167-187.
- SCHUMPETER, J. A. *Capitalismo, socialismo e democracia*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.
- TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 25, p. 209-213, 2005.

Recebido em: 06/11/2009

Reapresentado em: 20/01/2011

Aprovado em: 03/02/2011

7. CONCLUSÕES GERAIS

O estudo evidenciou:

1. A necessidade de maior atenção e aprofundamento teórico analítico sobre a representação política nos Conselhos Municipais de Saúde, principalmente em relação aos mecanismos de *accountability* e responsabilização.
2. A premente necessidade de se extinguir a desigualdade de acesso à informação, adotando-se linguagem e meios mais democráticos de comunicação; e a exigência de se multiplicarem os estudos relativos à adoção das metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação de conselheiros de saúde, considerando-se o desafio de adequá-las as especificidades do contexto de aprendizagem, principalmente, as relativas ao caráter voluntário da representação, a composição eclética, a ausência de normas e critérios de desempenho e participação, a escassez de tempo e periodicidade das reuniões, a infraestrutura precária e a interveniência de fatores políticos externos que reduzem a autonomia dos conselhos.
3. Que tais conclusões se sustentaram na compreensão mais ampla de alguns aspectos significativos extraídos do referencial teórico deste estudo, e destacados a seguir:
 - Primeiro, a constatação de que a instituição de dispositivos legais que asseguram o exercício da cidadania, não necessariamente, implica na efetividade da mesma, principalmente, em contextos nos quais esta cidadania foi concedida pelo estado. Nesta perspectiva, vigorou a compreensão de que a legitimidade da cidadania está diretamente relacionada ao protagonismo da sociedade civil na sua conquista e manutenção.
 - Segundo, o entendimento de que o exercício da cidadania demanda uma sociedade civil ciente de seus deveres e direitos e apta a cumpri-los e exigi-los, respectivamente.
 - Terceiro, a convicção de que a educação seria o fator desencadeador desta consciência cidadã, desde que, promovida dentro de uma perspectiva problematizadora e por meio de metodologias de ensino-aprendizagem que instigue a análise crítica-reflexiva e propicie o empoderamento.
 - Quarto e último, a compreensão de que a educação, mesmo que fundamentada em uma proposta pedagógica problematizadora, não acontece em um contexto neutro, e que por este motivo, o ambiente sócio-político, cultural e econômico no qual se

processa pode tanto obliterar como ou ampliar seu potencial transformador e emancipador.

REFERÊNCIAS

- AUSUBEL, D.P.; NOVAK, J.D.; HANESIAN, H. **Psicologia educacional**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.
- BRAATEN, P.C. **Professor: como ter sucesso no ensino superior**. Viçosa: Aprenda Fácil, 2013. 277 p.
- BAPTISTA, T.W.F. História das políticas de saúde no Brasil: trajetória do direito a saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Lisboa: Edições, 2000.
- BATISTA, A.A.; MUNIZ, J.N.; FERREIRA NETO, J.A.; COTTA, R.M.M. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. **Saúde Soc.**, v. 19, n. 4, p. 784-793, 2010.
- BOAL, Augusto. **Teatro do oprimido e outras poéticas políticas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1977. 223 p. (Coleção Teatro Hoje, 27).
- BOBBIO, N. **O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo**. 6.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- BORDENAVE, J.E.D. Alguns fatores pedagógicos. In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L. **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos – CADRHU**. Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/ UFRN, 1999. p. 261-268.
- BRAGA, I.F. A sociedade civil e as políticas de saúde no Brasil dos anos 80 à primeira década do século XXI. In: MOROSINI, M.V.G.C.; REIS, J.R.F. **Sociedade, estado e direito à saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, v. 128, n. 182, p. 18055-18059, seção I, pt. 1, set. 1990a.
- BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final do Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**: municipalização é o caminho. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**: SUS - construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para a capacitação de conselheiros de saúde**. Brasília, 2002. (Cadernos Técnicos, 6, série J).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde**: conferência Sergio Arouca. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**: saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 333, de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 236, col. 1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/resolucao_33333.pdf>. Acesso em: 11 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 453, Diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 137, seção 1, p. 44, 17 jul. 2012.

CARVALHO, G.C.M. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE/CEAP, 2007.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, B.G.; PETRIS, A.J.; TURINI, B. Controle social em saúde. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI JR., L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

CELLARD A. **A análise documental**. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J.P.; GRULX, L.H.; PAPERRIERE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1992.

CICUTO, C.A.T.; CORREIA, P.R.M. Análise de vizinhança: uma nova abordagem para avaliar a rede proposicional de mapas conceituais. **Rev. Bras. Ensino Fís.**, São Paulo, v. 34, n. 1, 2012.

CORREIA, M.V.C. **Que controle social?** Os Conselhos de Saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. 164 p.

CORREIA, M.V.C. **Desafios para o controle social:** subsídios para a capacitação de conselheiros. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

CORREIA, P.R.M.; SILVA, A.C.; ROMANO JUNIOR, J.G. Mapas conceituais como ferramenta de avaliação na sala de aula. **Rev. Bras. Ensino Fís.**, São Paulo, v. 32, n. 4, 2010.

COTTA, R.M.M.; MENDES, F.F.; MUNIZ, J.N. **Descentralização das políticas públicas de saúde:** “do imaginário ao real”. Viçosa: UFV, 1998.

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. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2009.

COTTA, R.M.M.; CAZAL, M.M.; CASTRO RODRIGUES, J.F.; GOMES, K.O.; JUNQUEIRA, T.S. Controle social no sistema único de saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 853-872, 2010.

COTTA, R.M.M.; COSTA, G.D.; MENDONÇA, E.T. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 787-796, 2012.

COTTA, R.M.M.; CAMPOS, A.A.O.; MENDONÇA, E.T.; COSTA, G.D.; MACHADO, J.C.; SILVA, L.S.; SIQUEIRA, R.L.; LEÃO, R.T.; REIS, R.S. **Políticas de saúde:** desenhos, modelos e paradigmas. Viçosa: UFV, 2013. 288 p.

CRUZ, Tancredo Almada. **CENSUS:** retrato social de Viçosa IV. Viçosa, 2012. 89 p.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M.R.; SUCENA, L.F.M. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 13, 2002. **Anais...** 2002.

CYRINO, E.G.; TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

DATASUS. Disponível em: <[http://formsus.datasus.gov.br/site/resultado.php?id_aplicacao=13&filtro=1&id_aplicacao_campo=start_date=&end_date=&campo14973\[\]=1643474](http://formsus.datasus.gov.br/site/resultado.php?id_aplicacao=13&filtro=1&id_aplicacao_campo=start_date=&end_date=&campo14973[]=1643474)>. Acesso em: 11 out. 2011.

DEMO, P. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1993.

DIAS, R. Concept maps powered by computer software: a strategy for enhancing reading comprehension in English for specific purposes. **Rev. Bras. Linguist. Apl.**, Belo Horizonte, v. 11, n. 4, 2011.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, 2009.

FONSECA, E.G. **Vícios privados, benefícios públicos?** A ética na riqueza das nações. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 15.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

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

GAVA, T.B.S.; MENEZES, C.S.; CURY, D. **Aplicações de mapas conceituais na educação como ferramenta metacognitiva**. Disponível em: <http://www.geografia.fflch.usp.br/posgraduacao/apoio/apoio_raffo/flg5052/aula_1/AplicacoesdeMapasconceituaisnaEducacao.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=317130&idtema=19&search=minas-gerais|vicosa|mapa-de-pobreza-e-desigualdade-municipios-brasileiros-2003>>. Acesso em: 27 nov.

JUSTINO FILHO, J. Participação cidadã e controle social nos Conselhos Municipais de Saúde da Paraíba: um estudo comparativo. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 3, 2007, São Luís, MA. **Anais...** São Luís: UFMA, 2007.

LABRA, M.E. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿un círculo virtuoso? **Cad. Saúde Pública**, v. 18, p. 47-55, 2002.

LABRA, M.E.; FIGUEIREDO, J.S.A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002.

LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1985.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por triangulação**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LÜCHMANN, L.H.H. Os conselhos gestores de políticas públicas: desafios do desenho institucional. **Ciências Sociais UNISINOS**, São Leopoldo, p. 43-79, 2002.

LUMBAMBO, C.W.; COUTINHO, H.G. Conselhos gestores e o processo de descentralização. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 62-72, 2004.

MARTINS, P.C.; COTTA, R.M.M.; MENDES, F.F.; FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE, S.P.; DIAS, G.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: os matizes da utopia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MATTA, G.C. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. **Políticas de saúde**: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MATTA, G.C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho Educação e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 371-396, 2005.

MENDES, E.V. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. 304 p.

MORAES, I.H.S.; VEIGA, L.; VASCONCELLOS, M.M.; SANTOS, S.R.F.R. Inclusão digital e conselheiros de saúde: uma política para a redução da desigualdade social no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva [online]**, v. 14, n. 3, p. 879-888, 2009.

MOREIRA, M.A. Mapas conceituais como instrumentos para promover a diferenciação conceitual progressiva e a reconciliação integrativa. **Ciência e Cultura**, v. 32, n. 4, p. 474-479, 1980.

MOREIRA, M.A. **Mapas conceituais e aprendizagem significativa**. Porto Alegre: Instituto de Física/UFRGS, 1997.

MOURA, A.; CARVALHO, A.A. **Aprendizagem colaborativa através de mapas conceituais**. Disponível em: <http://www.academia.edu/579414/Aprendizagem_colaborativa_atraves_de_mapas_conceptuais>. Acesso em: 03 mar. 2013.

NOGUERO, F.L. **Metodologia participativa em la enseñanza universitária**. Madrid: Narcea, 2007.

NOVAK, J.D. A view on the current status of Ausubel's assimilation theory of learning. **CADMO: Giornale Italiano di Pedagogia, Sperimentale, Didattica, Docimologia, Tecnologia dell'instruzione**, v. 2, n. 4, p. 7-23, 1994.

NOVAK, J.D. Meaningful learning: the essential factor for conceptual change in limited or inappropriate propositional hierarchies leading to empowerment of learners. **Sci. Ed.**, v. 86, p. 548-571, 2002.

NOVAK, J.D.; CAÑAS, A.J. **The theory underlying concept maps and how to construct and use them, technical report**. Florida: Institute for Human and Machine Cognition, 2008.

PAIM, J.S. Reforma sanitária brasileira: avanços limites e perspectiva. In: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 91-122.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise na saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 123 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA – PMV. **Lei municipal 2.118, de 06 de abril de 2011**. Viçosa, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA – PMV. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório anual de gestão**. Viçosa, 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA – PMV. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de Saúde**. Viçosa, 2013.

QUEIROZ, D.T.; VALL, J.; SOUZA, A.M.A.; VIEIRA, N.F.C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

REIS, J.R.F. Cultura de direitos e estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil. In: MOROSINI, M.V.G.C.; REIS, J.R.F. **Sociedade, estado e direito à saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RIBEIRO, E.; RIBEIRO, S.D. **Caderno de aprendizagem do Autonomus: Teatro do Oprimido**. Disponível em: <<http://teatrodooprimido.wikispaces.com/file/view/TEATRO+DO+OPRIMIDO.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2013.

RICHARDSON, R.J. **Como fazer pesquisa-ação?** Disponível em: <<http://jarry.sites.uol.com.br/pesquisacao.htm>>. Acesso em: 11 abr. 2012.

SAMPAIO, W. O documentário. In: _____. **Jornalismo audiovisual, radio, TV e cinema**. 2.ed. São Paulo: Vozes/Edusp, 1971. p. 100.

SANTOS, W.G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANTOS, N.R. Democracia e participação da sociedade em saúde. In: MATTA, G.C.; LIMA, J.C.F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 227-248.

SEN, A.K. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008. 409 p.

SILVA, L.S.; CAMPOS, A.A.O.; COTTA, R.M.M. et al. Panorama sobe e desce: o que motiva e o que desmotiva os usuários a utilizarem o Sistema Único de Saúde? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, 2, 2013, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2013.

SOARES, G. Reforma constitucional. In: AVRITZER, L.; ANASTASIA, F. (Orgs.). **Reforma política no Brasil**. Belo Horizonte: UFMG, 2006. p. 192-196.

SOUZA, W.S. Participação popular e controle social na saúde: democratizando os espaços sociais e agregando capital social. In: MATTA, G.C.; PONTES, A.L.M. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SOUZA, B.C.C. Gestão da mudança e da inovação: árvore de problemas como ferramenta da avaliação do impacto de mudanças. **Revista de Ciências Gerenciais**, São Paulo, v. 14, n. 19, 2010.

SOUZA, N.A.; BORUCHOVITCH, E. Mapa conceitual: seu potencial como instrumento avaliativo. **Pro-Posições**, v. 21, n. 3, p. 173-192, 2010.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate. **Revista de Sociologia e Política**, n. 25, p. 209-213, 2005.

TEIXEIRA, M.L.; VIANNA, W.; CAVALCANTI, M.L.; CABRAL, M.P. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, Porto Alegre, v. 11, n. 21, p. 218-251, 2009.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA – UFV. **Relatório UFV**. Disponível em: <<http://www.dti.ufv.br/relatorioufv>>. Acesso em: 27 nov. 2013.

VALLA, V.V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 7-18, 1998.

VIANNA, M.L.T.W.; CAVALCANTI, M.L.; CABRAL, M.P. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, Porto Alegre, v. 11, n. 21, p. 218-251, 2009.

VILLAS BOAS, B.M.F. O portfólio no curso de pedagogia: ampliando o diálogo entre professor e aluno. **Educ. Soc.**, v. 26, n. 90, p. 291-306, 2005.

ZANDONADE, V.; FAGUNDES, M.C.J. **O vídeo documentário como instrumento de mobilização social**. 2003. Monografia (Graduação em Comunicação Social – Jornalismo) – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, Assis, SP, 2003.

ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

O POTENCIAL DAS ESTRATÉGIAS INOVADORAS DE ENSINO- APRENDIZAGEM NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ROTEIRO DE ENTREVISTA

N.º: _____

Entrevistador: _____

Data da entrevista: ___/___/_____

1. PERFIL DO CONSELHEIRO

1.1. Nome completo (dado sigiloso): _____

1.2. Data de nascimento: ___/___/_____

1.3. Faixa etária:

1.3.1 () 18 e 25 anos

1.3.2 () 26 e 35 anos

1.3.3 () 36 e 45 anos

1.3.4 () 46 e 55 anos

1.3.5 () \geq 56 anos

1.4. Escolaridade:

1.4.1 () até o 1º grau

1.4.2 () até o 2º grau

1.4.3 () curso superior

1.4.4 () pós-graduação

1.5. Sexo:

1.5.1 () Feminino

1.5.2 () Masculino

1.6 - Profissão: _____

1.6.1 Local de trabalho: _____

1.7. Segmento que representa:

1.7.1 () prestadores de serviço privado

1.7.2 () trabalhadores de saúde

1.7.3 () gestores

1.7.4 () usuários. Dentro do segmento usuário representa a seguinte entidade:

1.7.4.1 () de associações de portadores de patologias;

1.7.4.2 () de associações de portadores de deficiências;

1.7.4.3 () de entidades indígenas;

1.7.4.4 () de movimentos sociais e populares organizados;

- 1.7.4.5 () movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- 1.7.4.6 () de entidades de aposentados e pensionistas;
- 1.7.4.7 () de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais;
- 1.7.4.8 () de entidades de defesa do consumidor;
- 1.7.4.9 () de organizações de moradores.
- 1.7.4.10 () de entidades ambientalistas
- 1.7.4.11 () de organizações religiosas
- 1.7.4.12 () outras (especifique) : _____

1.8. Categoria de representação:

- 1.8.1 () Titular
- 1.8.2 () Suplente

1.9. Mandato:

- 1.9.1 () Primeiro
- 1.9.2 () Reconduzido
 - 1.9.2.1 N.º de vezes: _____

1.10. Participa de outro Conselho setorial?

- 1.10.1 () Não
- 1.10.2 () Sim
 - 1.10.2.1 Qual(is)? _____

2. DIAGNÓSTICO DA COMPETÊNCIA REPRESENTATIVA

2.1. Como se tornou conselheiro?

2.2. Por que se tornou?

2.3. Gosta de ser conselheiro? Por quê?

2.4. Qual o objetivo da entidade que representa?

2.5. Quando as pessoas que pertencem a esta entidade se reúnem? Para quê?

2.6. Você costuma participar das reuniões do Conselho Municipal de Saúde? Por quê?

2.7. Antes de participar da reunião do Conselho Municipal de Saúde você se reúne com a entidade/segmento que representa? Para quê?

2.8. Depois de participar da reunião do Conselho Municipal de Saúde você se reúne com a entidade/segmento que representa? Para quê?

2.9. Quais as atribuições do Conselho Municipal de Saúde?

2.10. Como e quem define a pauta de discussão das reuniões do Conselho Municipal de Saúde?

2.11. Durante as reuniões do Conselho Municipal de Saúde você costuma dar opiniões sobre as questões discutidas? Por quê?

2.12. Como avalia o desempenho do Conselho Municipal de Saúde?

2.13. Quais são as atribuições dos conselheiros de saúde?

2.14. Quais são suas atribuições no Conselho de saúde?

3. VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS DE CAPACITAÇÃO

3.1. Já participou de alguma oficina de capacitação de conselheiros?

3.2. Como foi?

3.3. Gostou?

3.4. Por qual motivo?

3.5. Gostaria de participar de mais uma oficina? Por quê?

3.6. Se nunca participou, gostaria de participar de uma oficina? Por quê?

3.7. Dentre os temas abaixo relacionados, relacione três, e em ordem prioritária gostaria de discutir em uma oficina?²¹

3.7.1 () Composição, organização e funcionamento dos conselhos

3.7.2 () Participação e controle social na Saúde

3.7.3 () Papel dos conselheiros de saúde

3.7.4 () História da política de Saúde brasileira

3.7.5 () Aspectos Legais do SUS

3.7.6 () Financiamento do SUS

3.7.7 () Planejamento em Saúde

3.7.8 () Outros: _____

4. DIAGNÓSTICO DA COMPETÊNCIA TÉCNICA

4.1. Qual a sua opinião sobre a forma e o modelo de Atenção a Saúde prestada pelo Sistema único de Saúde?

4.2. Você já ouviu falar da Lei n.º 8.080/90?

4.3. Conhece e compreende o conteúdo da Lei n.º 8.080/90?

4.4. Tem alguma opinião sobre o conteúdo da Lei n.º 8.080/90? Qual?

4.5. Você já leu a Lei n.º 8.080?

4.5.1 () sim

4.5.2 () não

4.6. Em caso positivo, quanto leu?

4.6.1 () inteiro

4.6.2 () partes

4.7. Por qual motivo leu a Lei n.º 8.080/90?

²¹ Temas sugeridos por Correia (2005) acrescidos de temas extraídos do conteúdo das atas da reunião do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa no período de agosto de 2011 a março de 2012.

- 4.8. Você já ouviu falar da Lei n.º 8.142/90?
- 4.9. Conhece e compreende o conteúdo da Lei n.º 8.142/90?
- 4.10. Tem alguma opinião sobre o conteúdo da Lei n.º 8.142/90? Qual?
- 4.11. Você já leu a Lei. n.º 8.142/90?
- 4.11.1 () sim
 - 4.11.2 () não
- 4.12. Em caso positivo, quanto leu?
- 4.12.1 () inteiro
 - 4.12.2 () partes
- 4.13. Por qual motivo leu a Lei. n.º 8.142/90?
- 4.14. Você já ouviu falar da Resolução n.º 333/03?
- 4.15. Conhece e compreende conteúdo da Resolução n.º 333/03? Qual?
- 4.16. Tem alguma opinião sobre o conteúdo da Resolução n.º 333/03?
- 4.17. Você já leu a Resolução n.º 333/03?
- 4.17.1 () sim
 - 4.17.2 () não
- 4.18. Em caso positivo, quanto leu?
- 4.18.1 () inteiro
 - 4.18.2 () partes
- 4.19. Por qual motivo leu a Resolução n.º 333/03?
- 4.20. Você já ouviu falar do Regimento Interno do CMS?
- 4.20.1 () sim
 - 4.20.2 () não
- 4.21. Conhece e compreende o conteúdo do Regimento Interno do CMS?
- 4.22. Tem alguma opinião sobre o conteúdo do Regimento Interno do CMS? Qual?
- 4.23. Você já leu o Regimento Interno?
- 4.23.1 () sim
 - 4.23.2 () não
- 4.24. Em caso positivo, quanto leu?
- 4.24.1 () inteiro
 - 4.24.2 () partes
- 4.25. Por qual motivo leu o Regimento interno do CMS?

- 4.26. Você já ouviu falar do Relatório Anual de Gestão?
4.26.1 () sim
4.26.2 () não
- 4.27. Conhece e compreende o conteúdo do Relatório Anual de Gestão?
- 4.28. O Relatório Anual de Gestão foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde?
- 4.29. Qual foi seu voto em relação ao Relatório Anual de Gestão? Por quê?
- 4.30. Você já ouviu falar do Plano Municipal de Saúde?
4.30.1 () sim
4.30.2 () não
- 4.31. Conhece e compreende o conteúdo do Plano Municipal de Saúde?
- 4.32. O Plano Municipal de Saúde foi apresentado ao Conselho Municipal de Saúde?
- 4.33. Qual foi seu voto em relação ao Plano Municipal de Saúde? Por quê?
- 4.34. Você já ouviu falar Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde:
4.34.1 () sim
4.34.2 () não
- 4.35. Conhece e compreende o conteúdo da Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde?
- 4.36. A Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde?
- 4.37. Qual foi seu voto em relação a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde? Por quê?

ANEXO B - PROGRAMA DO CURSO DE CAPACITAÇÃO DE CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VIÇOSA	
01 de março de 2013 – Sexta feira	
19:30 - 20:00h	Confirmação inscrição/café com prosa/entrega pasta trabalho/ Café com prosa
20:00 - 20:20h	Mesa de Abertura
20:20 - 20:40h	Apresentação programação e dinâmica de trabalho
20:40 - 21:30h	“Cidadania: prerrogativas para seu exercício” Palestrante: Prof. Dr. Jefferson Boechat Soares (Dep. Ciências Sociais/UFV)
21:30 - 22:00h	Debate e encerramento
02 de março de 2013 – Sábado	
08:30 - 09:00h	Apresentação e dinâmica de grupo “Panorama sobe e desce: por que me motiva a ser conselheiro” Ministrante: Renata Lopes de Siqueira (Doutoranda PPG/NUT/UFV) “Decreto Lei n.º 7.508/11: o que muda na operacionalização do SUS”
09:00 - 09:50h	Palestrante: Sr. Francisco Antônio Tavares Junior (Secretário Adjunto da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais)
09:50 - 10:10h	Café com prosa
10:10 - 11:00h	“Desafios na hierarquização e na integralidade do SUS” Palestrante: Prof. Dr. Thiago Ricardo Moreira (DEM/UFV)
11:00 - 11:10h	Vídeo e debate: “Participação e controle social” Ministrante: Renata Lopes de Siqueira
11:10 - 12:00h	“Planos Municipais de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão: instrumentos burocráticos ou administrativos?” Palestrante: Sra. Clarice Glória Quintão Valente (Gerente do Centro Integrado Viva a Vida/Hiperdia)
12:00 - 13:00h	Almoço
13:00 - 13:30h	Dramatização: “João Calado: opressão e libertação do sujeito” Criação/direção/interpretação – Jeane Doucas (Espaço Cultural Casa da Mãe Jeane)
13:30 - 14:00h	“Estruturando o conhecimento sobre o SUS” Ministrante: Renata Lopes de Siqueira (Doutoranda PPG/NUT/UFV)
14:00 - 15:00h	“O SUS como a gente o compreende” (Atividade de grupo)
15:00 - 15:20h	Café com prosa
15:20 - 16:00h	Momento de troca de saberes – atividade grupo
16:00 - 17:00h	Avaliação da experiência de construção do Mapa Conceitual
17:00 - 17:30h	Finalização trabalhos
09 de março de 2013 – Sábado	
08:30 - 08:50h	Apresentação e dinâmica de grupo “Panorama sobe e desce: o que me motiva a ser conselheiro” “Radiografia do CMS/VIÇOSA”
08:50 - 09:50h	Palestrante: Renata Lopes de Siqueira (Doutoranda PPG/NUT/UFV)
09:50 - 10:00h	Café com prosa
10:00 - 10:20h	“Fatores determinantes da participação e controle social” Palestrante: Renata Lopes de Siqueira (Doutoranda PPG/NUT/UFV)
10:20 - 10:50h	Dramatização (Estudo de Caso): Interpretação: Grupo teatral – Os Elosquentes (DARC/UFV) Direção: Jeane Doucas (Espaço Cultural Casa da Mãe Jeane)
10:50 - 11:30h	“Conselho Municipal de Viçosa: onde queremos chegar” (Estudo de grupo) Ministrante: Renata Lopes de Siqueira (Doutoranda PPG/NUT/UFV)
11:30 - 12:00h	Apresentação Propostas de adequação CMS/Viçosa
12:00 - 13:00h	Almoço de confraternização
13:00 - 13:30h	Vídeo e debate: “Participação e controle social” Ministrante: Renata Lopes de Siqueira
13:30 - 14:20h	“Panorama atual da Atenção Básica na Saúde de Viçosa, Minas Gerais” Palestrantes: Marcello Rebello Lignani Siqueira (Médico de Família e comunidade - PSF Santo Antonio e Preceptor do curso de graduação e residência médica da UFV) Fillipe Silveira Loures (Residente em Medicina de Família e Comunidade pela UFV)
14:30 - 14:50h	Debate sobre Atenção Básica na Saúde Vídeo e debate: “Participação e controle social” Ministrante: Renata Lopes de Siqueira
14:50 - 16:00h	“Orçamento Municipal de Saúde: o que muda com a Lei Complementar n.º 141/12?” Mesa Redonda: Vereador Marcos Nunes , prof. Dr. Davi Lelis (DD/UFV) e Representante Controladoria Geral do Município
16:00 - 16:20h	Café com prosa
16:20 - 17:00h	Debate sobre a Lei Complementar n.º 141/12
17:00 - 17:30h	Encerramento: avaliação da oficina

ANEXO D - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

2ª REUNIÃO
L. H. I. S. S.



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS-CEPH

Campus Universitário – Divisão de Saúde - Viçosa, MG - 36570-000 - Telefone: (31) 3899-3783


Of. Ref. N° 056/2012/CEPH

Viçosa, 23 de maio de 2012

Prezada Professora:

Cientificamos Vossa Senhoria de que o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, em sua 2ª Reunião de 2012, realizada nesta data, analisou e aprovou, sob o aspecto ético, o projeto intitulado *O potencial das estratégias inovadoras do ensino-aprendizagem no desenvolvimento de competências para a participação social no contexto do Sistema Único de Saúde.*

Atenciosamente,


Professora Patrícia Aurélio Del Nero
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos-CEPH
Presidente

À Professora
Rita de Cássia Lanes Ribeiro
Departamento de Nutrição e Saúde - DNS

/rhs.

ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) para a realização do projeto de pesquisa intitulado *“Formação de competências necessárias ao controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde: o potencial de estratégias inovadoras na capacitação e qualificação para o exercício da cidadania”* pela estudante de doutorado Renata Lopes de Siqueira, vinculada ao curso de Pós Graduação em Ciência da Nutrição da Universidade Federal de Viçosa aqui relacionado:

Fui informado(a), ainda de que a pesquisa é orientada pelas Profas. Dras. Rita de Cássia Lanes Ribeiro e Rosângela Minardi Mitre Cotta; e faz parte das atividades de pesquisa do projeto *“Inovação em Docência Universitária: uma proposta de (trans)formação no processo de ensino e aprendizagem para os cursos da área da saúde na Universidade Federal de Viçosa”* Coordenado pela prof. Dra. Rosângela Minardi Mitre Cotta. Fui informado que poderei consultar, a qualquer momento, as responsáveis pela pesquisa pelo email(s): renata.educacao@gmail.com, rribeiro@ufv.br e rmmitre@fuv.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos e de formação para a cidadania do estudo. Para tanto, as estratégias de estudo/coleta de dados serão: observação não participante das reuniões do CMS; análise documental (atas das reuniões); observação participante; pesquisa-ação com elaboração e programação de oficina de capacitação de conselheiros visando promoção de competências para o exercício do controle social.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração direta se fará de forma anônima, por meio de realização de entrevistas e participação nas oficinas de capacitação. Estou ciente que a observação participante e análise do conteúdo das atas irá propiciar a identificação de especificidades dos CMS, o conhecimento de fatores que interferem em seu desempenho, bem como seu significado para a gestão pública local. A entrevista, por sua vez, abordará aspectos relativos à participação dos conselheiros na gestão pública, como o auxílio na elaboração e execução de planos municipal de saúde, na elaboração do orçamento municipal, no monitoramento da aplicação dos recursos, assim como os fatores determinantes e as principais dificuldades encontradas nessa forma de participação, dentre outros.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão pelo(a) pesquisador(a) e sua estagiário(a) colaborador(a), e e/ou seu(s) orientador(es).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) pesquisa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Viçosa, ____ de _____ de ____.

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura do(a) pesquisador(a): _____

Assinatura do(a) testemunha(a): _____