

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE GESTÃO E ECONOMIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

DANILO ANTONIO GARCIA

**A FORMAÇÃO PERMANENTE DOS CONSELHOS LOCAIS DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SOROCABA – SP**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

CURITIBA - PR

2012

DANILO ANTONIO GARCIA

**A FORMAÇÃO PERMANENTE DOS CONSELHOS LOCAIS DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SOROCABA – SP**

Monografia de Especialização apresentada ao Departamento Acadêmico de Gestão e Economia, da Universidade Tecnológica Federal do Paraná como requisito parcial para obtenção do título de “Especialista em Gestão Pública Municipal”.

Orientador: Prof. Dr. Moisés Francisco Farah Júnior

CURITIBA - PR

2012

TERMO DE APROVAÇÃO

A Formação Permanente dos Conselhos Locais de Saúde no município de Sorocaba – SP

por

Danilo Antonio Garcia

Esta monografia foi apresentada às h..... min, do dia de de, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Pública Municipal – Departamento Acadêmico de Gestão e Economia – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. O candidato apresentou o trabalho para a Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após a deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho

Prof. Dr. Antônio Gonçalves de Oliveira
(UTFPR)

Prof. MSc. Thiago Cavalcante Nascimento
(UTFPR)

Visto da Coordenação:

Prof. Dr. Antônio Gonçalves de Oliveira
Coordenador do Curso de Especialização em
Gestão Pública Municipal

Dedico este trabalho aos meus pais, José e Sueli,
e a minha namorada, Milena, grandes pilares na
minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, pela força e sabedoria que me concedeu e pelas vitórias alcançadas.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Moisés Francisco Farah Júnior, pelas orientações e disponibilidade durante a elaboração desse trabalho.

Aos professores, pelos conhecimentos que transmitiram.

As tutoras presenciais, Solange e Danielly, por todo apoio e compreensão.

Aos alunos, Ari e Julieta, pelas sugestões e contribuições nesse trabalho.

Aos gestores e trabalhadores, que colaboraram respondendo os questionários.

As enfermeiras do Núcleo Técnico, que me concederam a entrevista e colaboraram com materiais para essa pesquisa.

Aproveito ainda para agradecer a todos que de alguma maneira colaboraram para execução dessa monografia.

RESUMO

GARCIA, Danilo A. A Formação Permanente dos Conselhos Locais de Saúde no município de Sorocaba – SP. 2012. 58 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2012.

Esta pesquisa procura abordar a questão da Formação Permanente para Conselhos Locais de Saúde, tendo como foco os encontros realizados nos Colegiados Leste e Centro-Sul da cidade de Sorocaba-SP. São descritas fundamentações teóricas a respeito de saúde, controle social, conselhos e formações permanentes. A pesquisa é exploratória e descritiva, de natureza qualitativa. Os resultados desse estudo são demonstrados através da entrevista e dos questionários que abrangem questões relacionadas ao Controle Social, destacando as formações permanentes e também através das sínteses dos encontros realizados nesses colegiados. Cabe ressaltar que essa pesquisa pode contribuir para aprimorar os encontros de formação permanente e também aos Conselhos Locais de Saúde, Secretaria de Saúde e a sociedade.

Palavras-chave: Encontros. Controle Social. Sínteses.

ABSTRACT

GARCIA, Danilo A. The Permanent Formation of Local Advice of Health in the city of Sorocaba – SP. 2012. 58 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Curitiba, 2012.

This research looks for to approach the question of the Permanent Formation for Local Advice of Health, having as focus the meeting carried in the Collegiate East and Center – South of the city of Sorocaba – SP. They describe theoretical foundations, regarding of the health, social control, advice and permanent formation. The research is exploratory and descriptive, of qualitative nature. The results in this study are demonstrated through of the interview and of the questionnaire that enclose questions related to the Social Control, detached the permanent formation and also through of the synthesis of the meeting carried is the collegiate. Fit to stand out that this research can contribute to improve the meeting of permanent formation and also to the local advice of health, secretariat of the health and the society.

Keywords: Meeting. Social Control. Synthesis.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
2.1 Conselhos de Políticas Públicas.....	10
2.2 Sistema Único de Saúde e Controle Social.....	11
2.3 Conselhos de Saúde.....	17
2.3.1 Conselhos Municipais de Saúde.....	20
2.3.2 Conselhos Locais de Saúde.....	21
2.4 Formação Permanente de Conselhos de Saúde.....	23
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	29
3.1 Local de estudo.....	29
3.2 Tipo e técnicas da pesquisa.....	31
3.3 Coleta dos dados.....	33
3.4 Análise dos dados.....	34
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
4.1 Entrevista.....	35
4.2 Questionários.....	39
4.3 Sínteses dos Encontros de Formação Permanente.....	45
5 CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	56

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema: “A Formação Permanente dos Conselhos Locais de Saúde no município de Sorocaba – SP”.

É perceptível a necessidade de se ter a formação permanente aos membros dos Conselhos Locais de Saúde, entretanto, gera-se um questionamento de alguns conselheiros em relação a essas formações, sendo que às vezes eles acabam faltando desses encontros; contudo surgiu assim a pergunta da pesquisa: Quais os resultados que a Formação Permanente têm trazido para as práticas do Conselho Local de Saúde?

O objetivo desse trabalho é descrever o processo de Educação / Formação Permanente dos membros dos Conselhos Locais de Saúde do município de Sorocaba. Já os objetivos específicos é identificar e descrever os tipos específicos de formação voltados para o Controle Social nos Conselhos Locais de Saúde do município estudado, e também verificar os resultados obtidos nos Conselhos Locais de Saúde após o início da Formação Permanente.

Sou membro de um Conselho Local de Saúde em uma Unidade Básica de Saúde de Sorocaba, e observo que a formação permanente é primordial a cada membro, pois assim ele irá obter novos conhecimentos para atuar em benefício da comunidade, surgindo assim o interesse pelo tema da pesquisa.

É considerado um tema relevante devido à importância de se ter uma participação popular fortalecida, conforme é mencionado nos “Princípios do SUS”; principalmente nos Conselhos Locais de Saúde, a fim de gerar inúmeros benefícios à população local.

Essa pesquisa pretende contribuir para aprimorar os Conselhos Locais de Saúde, podendo surgir novas lideranças, agentes multiplicadores voluntários na comunidade com possibilidade de maior efetividade na área da saúde; podendo ainda trazer uma contribuição para a Secretaria da Saúde e a sociedade do município de Sorocaba e demais municípios.

O município de Sorocaba está dividido em 06 colegiados, porém esse estudo abrangerá 02 colegiados (Leste e Centro-Sul), no período de 2009 a 2012.

Esse trabalho será desenvolvido através de uma pesquisa exploratória, descritiva, qualitativa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo de fundamentação teórica, em 2.1 descreve-se sobre os Conselhos de Políticas Públicas no Brasil; em 2.2 discute-se a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Controle Social; em 2.3 relata-se sobre os Conselhos de Saúde; em 2.3.1 descreve-se particularmente os Conselhos Municipais de Saúde; em 2.3.2 relata-se especificamente os Conselhos Locais de Saúde e em 2.4 discute-se a respeito da Formação Permanente de Conselhos de Saúde.

2.1 Conselhos de Políticas Públicas

Com a transição democrática, na qual a visão da centralização decisória, identificada com o autoritarismo de vinte anos de ditadura, ajudou a promover a participação da sociedade e a descentralização das políticas públicas, prescrições compreendidas pela Constituição Cidadã de 1988 (GOMES, 2003).

Em 1988, com a nova Constituição, o Brasil é considerado uma democracia representativa, com instrumentos de gestão direta e participativa, possibilitando a experimentação de novos procedimentos de gestão participativa das políticas sociais e dos Conselhos de Gestão de Políticas Públicas (NETTO, 2006).

Os conselhos gestores de políticas públicas, com caráter deliberativo e participação direta e constitutiva da sociedade, surgem, no Brasil, como espaço institucional destinado à aprofundar o conteúdo democrático da vida política.

Uma definição mínima dos conselhos, define conselho municipal gestor de política pública como um colegiado institucionalizado, composto de um pequeno número de representantes do governo e da sociedade civil, estes designados democraticamente, que é responsável pela gestão de uma determinada política pública (GOMES, 2003).

Para Gomes (2003), os Conselhos possuem o desafio de constituírem um espaço democrático destinado:

- ao exercício e à construção da cidadania e à educação política;

- à identificação e captação constante das preferências quanto aos fins e quanto às políticas para alcançá-los, incluindo a consideração das intensidades destas preferências, e a sua transformação em políticas públicas compatíveis;
- ao controle social sobre as políticas públicas, incluindo a responsabilidade às demandas da sociedade e a responsabilização dos governantes.

Segundo Gohn (2001), a principal novidade no início deste novo milênio, em termos de políticas públicas são os “Conselhos”, que são “canais de participação que articulam representantes da população e membros do poder público estatal em práticas que dizem respeito à gestão de bens públicos”.

Os Conselhos possuem um grande potencial podendo exercer um controle mais rigoroso e concreto sobre a política pública em si e sobre seus resultados, através do aumento da capacidade cognitiva para sua interpretação e julgamento, condições favorecidas pelo processo de deliberação (GOMES, 2003).

Entretanto, são perceptíveis algumas limitações, como as dificuldades em designar democraticamente os conselheiros da sociedade civil ou ainda, à inadequação estratégica do uso de mecanismos mais rigorosos de responsabilização dos governantes (GOMES, 2003).

2.2 Sistema Único de Saúde e Controle Social

A saúde no Brasil é prevista na Constituição Federal de 1988, sendo definida, em sua Seção II, no artigo 196.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Destaca-se ainda seu artigo 198, considerado como base para formulação dos princípios do SUS.

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (CF, 1988).

Com a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, que:

“Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

O Sistema Único de Saúde é regulamentado, conforme é descrito em seu artigo 1º.

“Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado”.

Cabe ressaltar o artigo 5º da lei 8080/90:

Dos objetivos do Sistema Único de Saúde-SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Os princípios do SUS estão descritos no artigo 7º da lei 8080/90, conforme definidos pelo Conselho Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (2008):

Princípios doutrinários:

- Universalidade: garantir o acesso igualitário em todos os níveis de assistência dos serviços de saúde, para todos os cidadãos.
- Equidade: é assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégio e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema pode oferecer para todos.

- **Integralidade:** atender as pessoas como um todo, em todas as suas necessidades; para que isso aconteça às ações devem ser integradas (prevenção de doenças, promoção à saúde, tratamento e reabilitação).

Princípios organizativos:

- **Hierarquização e Regionalização:** os serviços devem ser organizados, partindo dos níveis crescentes de complexidade (atenção-básica, média e alta complexidade), levando-se em conta a área territorial, os serviços existentes e sua regionalização.
- **Descentralização:** é o repasse de atribuições das esferas centrais para os estados e dos estados para os municípios. Sendo que aos municípios cabe maior responsabilidade na promoção das ações dos serviços de saúde, pois a sua proximidade com a população facilita a tomada de providências e decisões.
- **Participação Popular:** é a garantia que a população, através das entidades representativas, movimentos sociais, comunitários e populares, entre outros, participe do processo de formulação das políticas de saúde e o controle de sua execução, em todos os níveis de governo. Este controle se dá através da participação da Comunidade, dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde.

Em 28 de dezembro de 1990, surge a Lei nº 8.142, que:

“Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

Através da lei 8142/90 institui-se os Conselhos e as Conferências de Saúde como instâncias de controle social do SUS, tanto a nível federal, estadual e municipal, como é destacado em seu artigo 1º:

O Sistema Único de Saúde - SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:
I - a Conferência de Saúde, e
II - o Conselho de Saúde.

No 1º parágrafo desse artigo, define-se sobre a Conferência de Saúde:

“A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde”.

E no 2º parágrafo do mesmo artigo, está definido o Conselho de Saúde:

“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”.

É importante destacar a “direção” do Sistema Único de Saúde (SUS), que em cada esfera de governo, é composta pelo órgão setorial do Poder Executivo e pelo respectivo conselho de saúde, nos termos das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

O processo de articulação entre os gestores, nos diferentes níveis do sistema, ocorre, preferencialmente, em dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) (MS, 1993).

A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems).

A CIB, composta igualmente de forma paritária, é integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) ou órgão equivalente. Um dos representantes dos municípios é o secretário de saúde da capital. A Bipartite pode operar com subcomissões regionais (MS, 1993).

Segundo o Ministério da Saúde (1993), as conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo.

O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – (Conasems), no ano de 2006, pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde.

No entanto, surgiram os três pactos do SUS: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS, na qual possibilita a efetivação de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para a reforma de aspectos institucionais vigentes, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visam alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das

necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (MS, CNS, 2006).

O Pacto pela Vida se dá através do compromisso entre os gestores do SUS em torno daquelas prioridades que apresentam algum impacto sobre a situação de saúde da população brasileira (MS, CNS, 2006).

A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Os estados, regiões, municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.

São seis as prioridades pactuadas:

A) Saúde do idoso.

B) Controle do câncer de colo de útero e de mama.

C) Redução da mortalidade infantil e materna.

D) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase para dengue, hanseníase, tuberculose, malária e *influenza*.

E) Promoção da saúde.

F) Fortalecimento da atenção básica. (MS, CNS, 2006).

O Pacto de Gestão estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos seguintes aspectos: descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação em saúde (MS, CNS, 2006).

Em relação ao Pacto de Gestão, vale ressaltar o aspecto da “participação social “:

Como já foi mencionada anteriormente, a participação social é um dos princípios doutrinários do SUS e está assegurado na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), sendo considerado como parte fundamental deste pacto.

Para que se fortaleça o processo de participação social no SUS, através desse pacto, devem ser desenvolvidas algumas ações:

- Apoiar os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os movimentos sociais que atuam no campo da Saúde, com vistas ao seu fortalecimento para que os mesmos possam exercer plenamente os seus papéis.
- Apoiar o processo de formação dos conselheiros.

- Estimular a participação e avaliação pelos cidadãos dos serviços de saúde.
- Apoiar os processos de educação popular em saúde, para ampliar e qualificar a participação social no SUS.
- Apoiar a implantação e implementação de ouvidorias nos estados e municípios, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS.
- Apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS e na discussão do Pacto (MS, CNS, 2006).

O Pacto em Defesa do SUS possui as seguintes diretrizes:

- Expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS, estabelecidos na Constituição Federal.
- Desenvolver e articular ações, no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores, que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.

As ações estabelecidas pelo Pacto em Defesa do SUS são:

- Articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito.
- Estabelecimento de diálogo com a sociedade, além dos limites institucionais do SUS.
- Ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, em especial os que lutam pelos direitos da saúde e cidadania.
- Elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS.
- Regulamentação da E.C. n.º 29 pelo Congresso Nacional, com aprovação do P.L. n.º 01/03, já aprovado e aprimorado em três comissões da Câmara dos Deputados.
- Aprovação do orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde, de acordo com a Constituição Federal (MS, CNS, 2006).

Para Raichelis (1998), o Controle Social implica no acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, bem como a fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados.

Na teoria política, o significado de controle social é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil distintas. Tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a

sociedade quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado (CORREIA, s.d.).

Durante o período da ditadura militar, o controle social da classe dominante foi exercido através do Estado autoritário sobre o conjunto da sociedade, por meio de decretos secretos, atos institucionais e repressão.

No período de democratização do país, em uma conjuntura de mobilização política principalmente na segunda metade da década de 1980, o debate sobre a participação social voltou à tona, com uma dimensão de controle de setores organizados na sociedade civil sobre o Estado. A participação social nas políticas públicas foi concebida na perspectiva do controle social no sentido de os setores organizados da sociedade participarem desde as suas formulações – planos, programas e projetos –, acompanhamento de suas execuções até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade (CORREIA, s.d.).

Segundo Santos (2006), o Controle Social se constrói no cotidiano, sendo que profissionais da saúde e usuários devem estar organizados, articulados e fortalecidos para criar estratégias e assim superar as dificuldades.

A luta em prol de uma saúde pública de qualidade não pode estar dissociada da luta pela efetivação do SUS, visto que ele expressa a conquista de direitos sociais, adquiridos através das lutas dos movimentos sociais na década de 80 (SANTOS, 2006).

O caráter da participação social nos Conselhos é influenciado por algumas determinantes, como: as mudanças que ocorreram recentemente na estrutura institucional do Sistema Brasileiro de Saúde, que o tornou mais integrado, descentralizado e universalizado; a organização dos movimentos populares na cidade; o relacionamento entre os profissionais de saúde com lideranças populares e sindicais; as posições das autoridades federais, estaduais ou municipais de saúde em relação à participação e ainda a dinâmica de funcionamento dos conselhos (CORTES, 1998).

2.3 Conselhos de Saúde

O Conselho de Saúde pode ser definido como um órgão colegiado de caráter permanente e deliberativo (com poder de decisão), composto com representatividade de toda sociedade e a sua composição deve ser Paritária, conforme parágrafo 2º, da lei 8142/90. Existem também nos três níveis de governo (SÃO PAULO, CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 2008).

A criação dos Conselhos de Saúde não é apenas uma exigência legal, mas sim a garantia de que a sociedade deixe de ser apenas usuária dos serviços de saúde e passe a atuar como o agente que transforma, efetivamente, os serviços de saúde de acordo com a realidade de cada município (SÃO PAULO, CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 2008).

A resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003, refere-se a “aprovação das diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde”.

A primeira diretriz da resolução 333/03, define o Conselho de Saúde:

Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90.
Parágrafo único. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

A segunda diretriz trate-se da “Criação e Reformulação dos Conselhos de Saúde”, sendo sua criação estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

Na terceira diretriz é citado a “Organização dos Conselhos de Saúde”, considerando a participação da sociedade organizada nos Conselhos como “uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros”.

Sendo ainda estabelecido pela legislação, que o Conselho de Saúde deve ser composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e

de prestadores de serviços de saúde; e que seja uma composição paritária entre os representantes.

A quarta diretriz refere-se à “Estrutura e funcionamentos dos Conselhos de Saúde”, na qual “os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa”.

E a quinta diretriz está relacionada à “Competência dos Conselhos de Saúde”. Ao todo são 24 competências destinadas aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, das quais destaco aqui “cinco” delas:

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

VI - Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros.

IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

É possível observar que o desempenho dos Conselhos de Saúde está relacionado à maneira como seus integrantes se articulam com as bases sociais, como transformam os direitos e as necessidades de seus segmentos em demandas e projetos de interesse público e como participam da deliberação da política de saúde a ser adotada em cada esfera de governo (MS, CNS, 2005).

O Ministério da Saúde (2002) cita algumas observações de extrema importância relacionadas ao papel de um Conselheiro de Saúde:

- Cabe aos conselheiros negociar soluções, ou seja, discutir e buscar acordos uns com os outros, visando encontrar as melhores saídas para os problemas que afligem a população.
- Ao conselheiro que queira atuar com responsabilidade e representar bem aqueles que o elegeram, deverá conhecer os problemas, observar seus efeitos, procurar suas causas, discuti-los com as suas representações e, juntos, pensarem em maneiras de eliminá-los ou torná-los menos nocivos à população.
- O conselheiro não tem função executiva. Ele deve participar da formulação da política de saúde, acompanhar e fiscalizar a sua implantação, incluindo-se aí o encaminhamento das denúncias. Ele não é um executivo na realização de ações que visem implantar a política de saúde ou agilizá-la. Ao tentar entrar por esse caminho, ele corre o risco de envolver o Conselho em atitudes clientelistas, que beneficiam apenas alguns ou que atendem a interesses partidários ou a ambições políticas pessoais do próprio Conselheiro.
- O conselheiro como um cidadão consciente e participante ativo na vida política de sua cidade, pode ter suas simpatias ou até mesmo laços de filiação em relação a algum partido. Mas essa condição não pode se sobrepôr à sua função de conselheiro, quando o que estiver em jogo for o legítimo interesse de toda uma população de usuários.

2.3.1 Conselhos Municipais de Saúde

As políticas públicas de saúde de cada município são de responsabilidade do prefeito, do secretário de Saúde e também da população, através de seus representantes no Conselho Municipal de Saúde. Formular políticas e implantá-las requer decisões e atos burocráticos das Secretarias de Saúde, assim como requer também propostas, fiscalização e controle por parte dos Conselhos de Saúde (MS, 2002).

É necessário que haja uma articulação entre o Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Gestor de Unidade, visto que se tratam de instancias colegiadas, paritárias e deliberativas. No entanto, enquanto os conselhos gestores se constituem em espaços de deliberação sobre a política de saúde ao nível local, o conselho municipal é uma instancia que delibera sobre a política de saúde ao nível municipal (SANTOS, 2006).

No município de Sorocaba, o Conselho Municipal de Saúde foi instituído pela Lei nº 3623, de 28 de junho de 1991 e o seu regimento interno foi aprovado pelo decreto nº 10641, de 24 de junho de 1998.

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado permanente e paritário, de caráter deliberativo, consultivo e opinativo nas questões referentes à política de Saúde do Município (Lei nº 5396/1997).

2.3.2 Conselhos Locais de Saúde

O Conselho Gestor de Saúde, conhecido também como Conselho Local de Saúde começam a surgir a partir da criação da Lei nº 8142/90.

No artigo 1º dessa lei, no parágrafo 5º, diz que “os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovado pelo respectivo Conselho”.

Atualmente no município de Sorocaba, ainda não existe uma lei que refere especificamente sobre os Conselhos Locais de Saúde. Essa questão deverá ser tratada pelo Conselho Municipal de Saúde, elaborando assim, um Regimento Interno para os Conselhos Locais de Saúde.

Mas existem os Conselhos Locais de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do município de Sorocaba, na qual estão buscando efetivar a “Participação Social”, que é um dos Princípios do SUS e, entretanto, esse estudo trata das formações

permanentes que são realizadas especificamente para os Conselhos Locais dos Colegiados Leste e Centro-Sul.

Para Santos (2006), uma das peculiaridades dos conselhos gestores é que ele encontra-se mais próximo da experiência concreta dos seus sujeitos, sendo possível formar uma identidade coletiva a partir da percepção de carências comuns vivenciadas no cotidiano do local de moradia, levando a reivindicar direitos.

Pode-se dizer que esses conselhos representam um avanço na democratização da relação Estado e sociedade, devido a sua contribuição para um novo conceito de esfera pública caracterizado pelo reconhecimento do direito de todos a participação da vida pública (SANTOS, 2006).

Como estabelecido no Pacto em Defesa do SUS (2006), ressalta-se a importância de que os conselheiros gestores procurem articular-se com as demais instâncias de participação popular, como o Conselho Municipal de Saúde, criando vínculos para lutar em busca de melhorias da prestação dos serviços de saúde.

Os conselheiros possuem uma preocupação de estar participando dos debates da política municipal de saúde e, nesse sentido, acabam valorizando a participação no conselho municipal e nas conferências de saúde (SANTOS, 2006).

Se os conselheiros gestores tiverem a compreensão de que a sua participação na gestão daquela Unidade de Saúde é um direito de cidadania, eles tendem a ultrapassar a esfera da cotidianidade (SANTOS, 2006).

No entanto, dessa forma poderá ser superada essa visão fragmentada das ações de saúde, levando propostas articuladas para as reuniões de Conselho Local (SANTOS, 2006).

Segundo Gomes (2003), aos conselhos gestores é colocado o desafio de se constituir um espaço democrático, destinando o alcance de três objetivos essenciais: “promover a construção da cidadania e a educação política; viabilizar a identificação

e captação permanente das demandas da sociedade; e exercer controle social sobre o governo”.

Santos (2006) ainda cita algumas estratégias que podem contribuir para o fortalecimento das propostas dos conselhos gestores de unidade:

- Capacitação continuada dos conselheiros gestores, por meio de uma assessoria permanente, que congregue dimensões política e técnica;
- Envolvimento dos conselhos gestores no processo de elaboração do plano municipal de saúde;
- Criação de mecanismos de comunicação, divulgação e informação pelos conselhos gestores de unidade e pelo conselho municipal de saúde;
- Reunião de articulação dos conselheiros gestores, tanto do segmento dos usuários quanto do segmento dos profissionais de saúde, para elaboração da pauta das suas reuniões;
- Trabalho de mobilização dos profissionais de saúde para participarem dos conselhos gestores de unidade;
- Articulação entre os conselheiros representantes dos usuários e profissionais de saúde.
- Realização de pré-conferências;

2.4 Formação Permanente de Conselhos de Saúde

A Educação Permanente em Saúde é um processo que envolve a busca em capacitar a população para atuar com consciência diante de sua realidade cotidiana, possui as seguintes diretrizes, conforme mencionadas pelo Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde (2006):

- Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e educação permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades.
- Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do

SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas.

- Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente.
- Assumir o compromisso de discutir e avaliar os processos e desdobramentos da implementação da Política Nacional de Educação Permanente para ajustes necessários, atualizando-a conforme as experiências de implementação, assegurando a inserção dos municípios e estados neste processo.
- Buscar a revisão da normatização vigente que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, contemplando a consequente e efetiva descentralização das atividades de planejamento, monitoramento, avaliação e execução orçamentária da Educação Permanente para o trabalho no SUS.
- Centrar, o planejamento, a programação e o acompanhamento das atividades educativas e consequentes alocações de recursos na lógica de fortalecimento e qualificação do SUS e atendimento das necessidades sociais em saúde.
- Considerar que a proposição de ações para formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde para atender às necessidades do SUS deve ser produto de cooperação técnica, articulação e diálogo entre os gestores das três esferas de governo, as instituições de ensino, os serviços e o controle social, e podem contemplar ações no campo da formação e do trabalho.

A educação permanente demonstra sua grande importância para o controle social no SUS, pois trata da aprendizagem que se processa no ritmo das diferenças sociais, culturais e religiosas dos sujeitos sociais.

Os processos de educação permanente para o controle social no SUS devem ter como nível de abrangência a sociedade, na qual o cidadão tem o direito de

conhecer, propor, fiscalizar e contribuir para o fortalecimento desse controle social e o aperfeiçoamento dos Conselhos de Saúde (MS, CNS, 2005).

Através desse processo é possível transmitir e adquirir conhecimentos por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de metodologias de educação à distância, bem como os demais processos participativos e fóruns de debates – Conferências de Saúde, Plenárias de Conselhos de Saúde, Encontros de Conselheiros, seminários, oficinas, dentre outros (MS, CNS, 2005).

Ressalta-se que toda e qualquer iniciativa de formação para o controle social deve:

- priorizar os conselheiros de saúde e outros sujeitos sociais;
- considerar o mundo de significação – familiar, social e profissional – dos participantes, utilizando-se de recursos voltados à reflexão crítica do conhecimento, habilidades, atitudes, hábitos e convicções para que possam efetivamente exercer a sua cidadania (MS, CNS, 2005).

Para Santos (2006), a capacitação dos conselheiros de saúde é um dos fatores que contribui para o fortalecimento do controle social, devendo a mesma ser um processo contínuo de formação e informação.

A responsabilidade de promover as ações de educação permanente dos conselheiros é dos Conselhos de Saúde. Quanto às iniciativas de educação permanente para o controle social no SUS, dos sujeitos sociais, poderão ser desenvolvidas por instituições e entidades parceiras dos Conselhos de Saúde, porém precisam estar direcionadas para a socialização das informações, dos conhecimentos e para a efetividade do controle social (MS, CNS, 2005).

A Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS) foi construída a partir das diretrizes da Educação Permanente para o Controle Social no SUS, do referencial acumulado na história dos conselhos de saúde, das conferências de saúde e das contribuições apresentadas pelos conselheiros de saúde que participaram das seis oficinas regionais (Nordeste I – Aracaju/SE, Nordeste II – Fortaleza/CE, Norte – Palmas/TO, Sudeste –

Vitória/ES, Sul – Florianópolis/SC e Centro-Oeste – Cuiabá/MT), realizadas nos meses de abril e maio de 2006 (MS, 2009).

Através dessa política foi possível avançar no sentido de fortalecer os movimentos sociais que atuam e garantem a existência dos Conselhos de Saúde. É uma política nacional que reúne o conjunto de contribuições, estudos, reflexões, debates, divergências e convergências em torno da capacitação de conselheiros (MS, 2009).

O Ministério da Saúde (2009) relata o objetivo geral e objetivos específicos da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS:

Objetivo Geral

- Atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

Objetivos Específicos

- Contribuir para ampliação e qualificação da participação social na formulação, gestão e controle social da Política Pública de Saúde;
- Fortalecer os conselheiros de saúde como sujeitos sociais que participam da formulação e deliberação da política de saúde como representantes da sociedade;
- Desenvolver estratégias que promovam o intercâmbio de experiências sobre o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Educação Permanente no Controle Social do SUS possui “cinco” eixos estruturantes que expressam as prioridades na elaboração dos planos de ação dos Conselhos de Saúde.

Esses eixos têm como finalidade o aperfeiçoamento e atualização dos conhecimentos dos sujeitos sociais para que ocorra o envolvimento da sociedade com o Sistema Único de Saúde (MS, 2009).

1 - Participação Social:

Trata-se da construção do Controle Social no SUS, mais especificamente através da instituição dos Conselhos e Conferências de Saúde, sendo esses, espaços de participação social na formulação e deliberação de Política Pública de Saúde.

2 - Financiamento da Participação e do Controle Social:

O Controle Social é financiado pelas três esferas de governo, com recursos dos tributos, das taxas e contribuições sociais que são recolhidas obrigatoriamente da sociedade pelos governos municipais, estaduais e federal.

Deve ser previsto recursos financeiros que garantam a estrutura e o funcionamento dos Conselhos de Saúde; a realização de conferências de saúde, plenárias, produção de materiais de divulgação, entre outras ações de Educação Permanente.

3 - Intersetorialidade:

Deve haver espaços de articulação dos conselhos de saúde com entidades da sociedade, instituições de ensino e pesquisa, gestores estaduais e municipais de saúde na promoção, em conjunto, de ações de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

É possível exemplificar através da elaboração do plano de saúde que é considerado uma ação de educação permanente, na qual deve ser elaborado considerando ações e metas com caráter intersetorial, que envolvem outras áreas de políticas públicas com vistas à promoção da saúde e à integralidade na assistência.

4 - Informação e Comunicação em Saúde:

Os investimentos nas áreas de informação e comunicação em saúde são necessários para o exercício do controle social, assim será fortalecida a atuação dos conselheiros de saúde, sendo recomendada a instituição de redes interativas de comunicação entre os conselhos de saúde.

5 - Legislação do Sistema Único de Saúde (SUS):

Os avanços e as conquistas na área da Saúde estão garantidos na Constituição Federal de 1988, na Lei n.º 8.080/90 e Lei n.º 8.142/90, em decretos e resoluções do Conselho Nacional de Saúde e nas portarias do Ministério da Saúde. O conhecimento da legislação e das normas do Sistema Único de Saúde (SUS) contribui e permite à sociedade apoderar-se das informações que garantem seus direitos e deveres. A utilização da legislação pela sociedade estabelece avanços e aperfeiçoamentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Conforme comentado pelo Ministério da Saúde (2002), as experiências realizadas em vários Estados brasileiros voltadas para a capacitação de conselheiros da saúde demonstrou que, apesar das dificuldades peculiares a questão social e política em cada realidade, os resultados obtidos foram positivos com avanços qualitativos no exercício da função de conselheiro.

Ainda comentando sobre esses resultados, o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde (2005), relatam sobre a necessidade de que sejam realizados estudos relacionados à educação permanente para o Controle Social no SUS.

Deve-se enfatizar a necessidade da realização de estudos que possam identificar o impacto das ações de educação permanente para o controle social no SUS, além de estudos sobre a prática, atuação e a contribuição dos Conselheiros de Saúde e dos demais sujeitos sociais para o fortalecimento da organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (MS, CNS, 2005).

Finalizando, o Ministério da Saúde (2009), vem dizer que muitas conquistas sociais foram alcançadas por meio da atuação dos Conselhos de Saúde, sendo retratado pela vontade e pelo empenho dos conselheiros de saúde, somando vitórias a cada passo que se dá rumo à democratização da gestão pública em favor dos serviços públicos de qualidade.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo de procedimentos metodológicos, em 3.1 descreve-se sobre o local de estudo; em 3.2 discute-se a respeito do tipo e técnicas da pesquisa; em 3.3 relata-se sobre a coleta dos dados e em 3.4 discute-se a respeito da análise dos dados.

3.1 Local de estudo

O município de Sorocaba está localizado na região Sudoeste do Estado de São Paulo, a cerca de 90 km de distância da capital e suas principais rodovias são a Castelo Branco (SP-280) e Raposo Tavares (SP-270). É atravessada pelo Rio Sorocaba, afluente da margem esquerda do Rio Tietê. A cidade está situada sob o Trópico de Capricórnio na latitude 23 graus 27 minutos e 30 segundos, sua altitude é de 601 metros e o clima é subtropical.



Figura 1 – Localização Geográfica do Município de Sorocaba
Fonte: www.sorocaba.com.br

Conforme o Censo 2010 (IBGE), Sorocaba possui uma área de 448,989 Km² sendo 55% de área urbana e 45% de área rural e tem uma população de 586.625 habitantes.

Considerando o número de habitantes, Sorocaba está entre as maiores cidades de São Paulo, ocupando o oitavo lugar, perdendo apenas para São Paulo, Guarulhos, Campinas, São Bernardo do Campo, Osasco, Santo André e São José dos Campos.

As principais bases da economia do município são os setores da indústria, comércio e serviços, com mais de 22 mil empresas instaladas, sendo que a produção industrial chega a mais de 120 países.

Segundo a Fundação SEADE, o PIB da cidade de Sorocaba no ano de 2009, foi de 14.182,60 (bilhões de reais) e o PIB per capita no mesmo ano foi de R\$ 24.272,26.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Sorocaba ocupa o 38º lugar no ranking dos municípios do estado, com um IDH de 0,828 (Fundação SEADE, 2000).

O Sistema de Saúde na cidade de Sorocaba possui alguns hospitais, destacando a Santa Casa de Misericórdia e também o Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), um complexo que inclui o Hospital Regional, Hospital Leonor Mendes de Barros e o Hospital Santa Lucinda (pertencente à PUC-SP); possui ainda os hospitais: Evangélico, Samaritano, Modelo e Unimed e também quatro hospitais psiquiátricos que são: Jardim das Acácias, Vera Cruz, Mental e Teixeira Lima.

O município conta também com o Hospital Oftalmológico de Sorocaba, sendo referência no país para as pessoas que necessitam de um transplante de córnea. O Hospital responde por 30% dos transplantes de córneas feitos em todo Brasil. E é também o Banco de Olhos que tem a lista de espera mais rápida do Brasil.

Existem ainda no município as Unidades administradas pela Secretaria de Saúde Municipal, que são diversas: Unidades Pré-Hospitalares, Unidades de Pronto Atendimento, Policlínica Municipal de Especialidades, Ambulatório de Saúde Mental, Clínica de Doenças Sexualmente Transmissíveis e destacando que atualmente existem 31 Unidades Básicas de Saúde e mais 01 em término de construção.

3.2 Tipo e técnicas da pesquisa

Para a realização deste trabalho foi utilizada a pesquisa do tipo exploratória e descritiva.

A pesquisa exploratória pode ser definida:

As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. De todos os tipos de pesquisa, estas são as que apresentam menor rigidez no planejamento. Habitualmente envolvem levantamento bibliográfico e documental (GIL, 2008).

E a pesquisa descritiva é definida como:

As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2008).

Segundo Gil (2008), as pesquisas descritivas podem abranger diversos tipos de estudos, como, por exemplo: estudar o nível de atendimento dos órgãos públicos de uma comunidade, o nível de escolaridade, as condições de habitação de seus habitantes e ainda aquelas pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população.

As técnicas de pesquisa utilizadas foram à entrevista e o questionário.

Define-se a entrevista, como:

Pode-se definir entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação (GIL, 2008).

Para Gil (2008), a entrevista é uma técnica de pesquisa muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano e dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social.

Nesse trabalho utilizou-se a entrevista semi-estruturada (Apêndice A), sendo muito importante para o levantamento de dados relacionados ao Controle Social e sobre a formação permanente de Conselhos Locais de Saúde.

Foi realizada uma entrevista com 02 profissionais (enfermeiras) do Núcleo Técnico da Secretaria da Saúde do município pesquisado.

A outra técnica foi o questionário, que tem como definição:

Pode-se definir questionário como a técnica de investigação composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado etc. Os questionários, na maioria das vezes, são propostos por escrito aos respondentes (GIL, 2008).

Gil (2008) aponta algumas vantagens de se utilizar o questionário:

- possibilita atingir grande número de pessoas, mesmo que estejam dispersas numa área geográfica muito extensa, já que o questionário pode ser enviado pelo correio;
- implica menores gastos com pessoal, posto que o questionário não exige o treinamento dos pesquisadores;
- garante o anonimato das respostas;
- permite que as pessoas o respondam no momento em que julgarem mais conveniente;
- não expõe os pesquisados à influência das opiniões e do aspecto pessoal do entrevistado.

Para esse trabalho fez-se uso do questionário semiaberto (Apêndice B), com objetivo de levantar informações a respeito da formação permanente.

Foram aplicados 10 questionários, sendo 01 questionário para cada Unidade Básica de Saúde dos Colegiados Leste e Centro-Sul, mas que fora respondido por 03 funcionários (01 gestor e 02 trabalhadores) pertencentes do Conselho Local de Saúde da Unidade.

3.3 Coleta dos dados

Para a coleta dos dados foi utilizada a pesquisa bibliográfica e pesquisa documental.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de algum material já elaborado, utilizando principalmente de livros e artigos científicos para sua produção (GIL, 2008).

Para esse estudo utilizou-se de uma pesquisa bibliográfica em livros, cartilhas, dissertações, legislação, entre outros.

Segundo Gil (2008) a pesquisa documental é considerada semelhante à pesquisa bibliográfica.

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

A pesquisa documental foi realizada com dados obtidos com o Núcleo Técnico da Secretaria da Saúde, principalmente através das sínteses dos encontros de formação permanente dos Colegiados Leste e Centro-Sul.

3.4 Análise dos dados

Nesse estudo foi utilizada a pesquisa qualitativa, sendo que o método de análise dos dados foi através da análise de conteúdo.

Para Campos (2004), “um método muito utilizado na análise de dados qualitativos é o de análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento”.

Ainda segundo Campos (2004), o método de análise de conteúdo foi sistematizado na primeira metade do século XX, na qual é hoje um método amplamente utilizado em pesquisas científicas no campo da saúde.

Os dados foram analisados através do conteúdo obtido com os questionários, entrevista e sínteses dos encontros de formação permanente dos Colegiados Leste e Centro-Sul.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo de apresentação e discussão dos resultados, em 4.1 descreve-se sobre os dados da entrevista; em 4.2 discute-se sobre os dados obtidos nos questionários e em 4.3 relata-se sobre as sínteses dos encontros de formação permanente.

4.1 Entrevista

Inicialmente, em relação à entrevista, seguem algumas observações:

- A entrevista foi realizada de modo simultâneo com 02 funcionárias da Secretaria Municipal de Sorocaba, pertencentes ao Núcleo Técnico dessa Secretaria.
- As questões abordadas na entrevista foram respondidas através de um “consenso” das 02 funcionárias.
- Para se apresentar os dados da entrevista, foram utilizadas siglas fictícias: “E1” e “E2”, na qual demonstra as funcionárias entrevistadas.
- O roteiro da entrevista encontra-se no “Apêndice A”.

E1: possui Graduação em Enfermagem – PUC-SP e Especializações em Saúde Pública – IPBEX.

Seu trabalho com Controle Social no SUS iniciou: “de 1999 a 2003, com a implantação do PSF na Unidade Básica de Saúde tradicional. Atuava como membro representante dos trabalhadores. Trabalhavam as demandas trazidas pela comunidade como saneamento básico, instalações elétricas clandestinas, lixo, etc”.

E2: possui Graduação em Enfermagem – UEL; Especializações em Saúde da Família – FFMABC; MBA Gestão Estratégica em Gestão de Pessoas – FGV; Formação Docente na Educação Profissional Enfermagem – ENSP; mestranda em Saúde Coletiva – UNICAMP.

Seu trabalho com Controle Social no SUS iniciou: “de 1997 a 2005, no município de Votorantim, na eminência da implantação do programa Saúde Avançada, inspirado no modelo do PSF. Formação de quatro Conselhos Locais de Saúde. Atuava como representante do gestor e envolvia os conselheiros de saúde na análise do diagnóstico de cada bairro, elaboração do planejamento local, execução e fiscalização das ações pactuadas. Inúmeras abordagens coletivas como campanhas de lixo, castrações, tratamento de vermes e pediculose nas escolas, prevenções ginecológicas, etc”.

Vale ressaltar nesse momento, uma das questões da entrevista: “Em que consiste o Núcleo Técnico na Secretaria de Saúde”?

São profissionais de formação técnica (médicos, dentistas e enfermeiros) cujos objetivos são: fortalecimento do gestor local; revisão dos processos de trabalho a fim de colocar a Atenção Primária em Saúde como organizadora do sistema de saúde; alinhamento de ações e reorganização de fluxos e protocolos (E1 e E2).

Destaca-se a importância desse Núcleo Técnico, na qual esses profissionais têm trabalhado com a formação permanente dos Colegiados Leste e Centro-Sul.

Conforme já mencionado nesse trabalho, o Controle Social é de extrema importância para efetivação do SUS. Na entrevista essa questão foi abordada da seguinte forma: “O Controle Social no SUS em Sorocaba tem avançado nos últimos anos”?

No item Conferências Municipais de Saúde, a última edição foi de grande avanço. Ocorreram as pré-conferências, divididas por Colegiados de Gestão, oportunizando a discussão de indicadores de saúde e a elaboração de propostas de enfrentamento dos problemas. Já os Conselhos Locais de Saúde atuam com diferentes graus de compreensão do papel dos conselheiros, níveis de organização e resultados obtidos (E1 e E2).

Ao referir sobre essa questão no município de Sorocaba, observa-se que o Controle Social no SUS tem avançado em algumas situações, como foi bem mencionado na resposta da questão.

Realmente, há de se destacar a última Conferência Municipal de Saúde realizada no ano de 2011, em que foi um grande momento do exercício de

participação popular, ressaltando ainda a importância das etapas de pré-conferências ocorridas nos Colegiados que antecederam a Conferência Municipal, na qual pôde trazer novos conhecimentos aos usuários, trabalhadores e gestores.

Em relação aos Conselhos Locais de Saúde, nesse momento não é possível mensurar como está esse “Controle Social”, devido ao grande número de Conselhos Locais de Saúde existentes no município e ainda outros aspectos citados na resposta da entrevista.

Outra questão relevante ao tema dessa pesquisa refere-se aos tipos de formação permanentes: “Quais tipos de formação permanentes utilizados no município de Sorocaba para os Conselhos Locais de Saúde”?

Foram realizadas capacitações de Conselheiros Locais de Saúde por um técnico da Secretaria de Saúde que atuava de forma isolada e uma formação ocorrida na PUC/SP para os Conselheiros Municipais de Saúde. No entanto, atendendo aos moldes da Política Nacional de Educação Permanente a formação acontece desde 29/03/2011 com os CLS dos Colegiados Leste e Centro Sul (E1 e E2).

Em relação a essa questão, pode-se comentar que ocorreram as capacitações de Conselheiros Locais de Saúde, mas não foram levantadas as informações referentes a esses tipos de capacitação, entretanto, não foi objeto desse estudo.

Sendo assim, salienta-se que o “tipo” de formação permanente aos Conselhos Locais de Saúde dos Colegiados Leste e Centro-Sul é o que atende as normas da Política Nacional de Educação Permanente e acontecem desde 29/03/2011. Não foram levantados dados dos outros 04 colegiados em relação a esse assunto.

Um assunto que acaba sendo também discutido é a questão de se realizar parcerias: “Para os encontros de formação permanente dos Conselhos Locais de Saúde devem se realizar parcerias”?

Para ambas entrevistadas (E1 e E2), a resposta é “sim” e complementam dizendo que as parcerias devem ser feitas com “a participação de palestrantes com

experiência na área, órgãos envolvidos com a participação popular, Conselhos Municipais de outras cidades e de maneira mais permanente, representantes do Conselho Municipal do próprio município”.

Para os encontros de formação permanente, estabelecer parcerias é algo muito importante, pois pode trazer benefícios a todos, gerando um crescimento bastante considerável aos envolvidos, como na questão de: obter novos conhecimentos, solucionar problemas, realizar divulgação, entre outros.

Como já mencionado nesse trabalho, no município de Sorocaba existem 06 colegiados e essa divisão em colegiados gerou mais um questionamento que envolve a formação permanente: “Na questão da formação permanente dos Conselhos, quais os pontos positivos de se ter a divisão em Colegiados? Existem pontos negativos, se sim, quais”?

Os pontos positivos destacados na entrevista foram:

- autonomia para desenvolver ações, mesmo que não sejam diretrizes municipais;
- abordar necessidades específicas de determinadas regiões;
- o número reduzido de participantes aproxima as relações entre trabalhadores, usuários e Núcleo Técnico;
- chamam a atenção para temas que precisam ser discutidos em outros Colegiados de Gestão (E1 e E2).

A respeito desses pontos positivos citados, nota-se que: obter essa “autonomia” é importante para estabelecer novas ações que alcancem melhorias; abordar essas “necessidades específicas” é realmente viável, se tornando mais fácil encontrar o foco da situação; esse “número reduzido de participantes” pode fazer com que os encontros sejam mais centralizados e tenham melhores resultados.

Conforme mencionado pelas entrevistadas (E1 e E2), existem também os pontos negativos de se ter essa divisão em colegiados:

- abordagem parcial dos assuntos, não englobando as discussões em todo o território municipal;
- riscos de enfraquecimento dos Conselhos Locais de Saúde quando os encontros trimestrais por Colegiados passam a substituir as reuniões locais mensais.

Para encerrar a entrevista, foi realizada a seguinte pergunta: Quais são os aspectos positivos e negativos neste processo de formação permanente dos conselheiros locais?

Os pontos positivos citados foram:

- discussão do papel do conselheiro de saúde;
- ampliação do conhecimento, informações e experiências no campo da saúde;
- busca de significados para a atuação qualificada dos conselheiros;
- criação de uma identidade de um grupo que busca construir caminhos para uma participação social efetiva;
- discussões promovidas no grupo envolvem outros segmentos, sejam a própria Secretaria de Saúde, outras pastas municipais, Conselho Municipal e órgãos de defesa do cidadão (E1 e E2).

Sobre os pontos positivos mencionados na entrevista, percebe-se que todos esses aspectos podem ser gerados através dos encontros de formação permanente e são essenciais nessa busca de uma participação popular efetiva no SUS, mas para isso deve-se ter um comprometimento de todos os membros envolvidos.

E os pontos negativos foram:

- uso inoportuno destes espaços para autopromoção de conselheiros com interesses diferentes do proposto;
- não reconhecimento da real importância do fortalecimento do controle social sendo necessário ainda de convocações para a participação de alguns membros.

4.2 Questionários

Em relação aos questionários, seguem algumas observações:

- Como já mencionado, fora aplicado 01 questionário para cada Unidade Básica de Saúde (UBS) dos Colegiados Leste e Centro-Sul, totalizando 10 questionários, na qual “todos” os questionários foram respondidos, na qual se salienta que em 08 Unidades o questionário foi respondido pelos 03 funcionários (01 gestor e 02 trabalhadores) que chegaram a um “consenso” para responderem as questões e em 02 Unidades o questionário foi respondido apenas pelo gestor da Unidade.

- Para se apresentar os dados obtidos com os questionários, foram enumeradas as 10 Unidades com números “fictícios”, sendo de 1 a 10.
- O questionário (Apêndice B) conta com 06 questões, na qual “todas” foram apresentadas abaixo.

A questão 01 visa mostrar a percepção do gestor e trabalhadores ao observar se os usuários do Conselho Local de Saúde da sua UBS estão se sentindo mais motivados após estarem participando dos encontros de formação permanente dos colegiados Leste e Centro-Sul.

Tabela 1 – Motivação de usuários em relação à formação permanente

Usuários motivados	Quantidade de UBS	Quais
Todos	02	1 e 2
Alguns	06	4, 5, 6, 7, 8 e 9
Nenhum	02	3 e 10

Fonte: Autor

Nota-se que na maioria das Unidades, “alguns” usuários estão mais motivados com esses encontros de formação permanente. Há também Unidades em que “todos” usuários estão se sentindo mais motivados e outras em que “nenhum” usuário encontra-se motivado.

Em relação à questão 02, todas UBSs responderam “sim”, ou seja, há usuários que não participam dos encontros de formação permanente e os motivos citados pelo não comparecimento desses usuários são variáveis, destacam-se os seguintes motivos:

- Trabalho: há usuários que se encontram trabalhando no horário dos encontros (UBS 2, 3, 4, 5, 8, 9);
- Doença: há usuários que se encontram doentes ou cuidam de parentes adoentados (UBS 3 e 7);

- Local: há usuários com dificuldades de chegar ao local dos encontros (UBS 5);
- Idosos: Há usuários idosos que enfrentam dificuldades de se locomover (UBS 10);
- Desinteresse: há usuários que não tem interesse em participar desses encontros e ainda não compreendem o objetivo do Conselho Local de Saúde (UBS 6).

A divulgação é um instrumento de extrema importância para que as pessoas tenham conhecimento do que irá ocorrer, quando será, em que local, entre outros aspectos.

No que se refere à divulgação dos encontros de formação permanente, assunto tratado na questão 03, pode ser exemplificado através do gráfico abaixo:

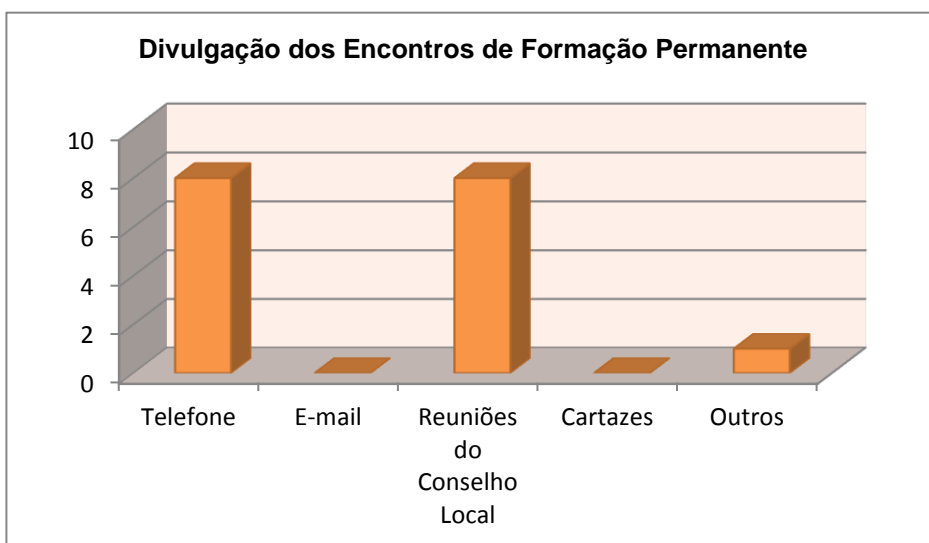


Gráfico 1 – Divulgação dos Encontros de Formação Permanente
Fonte: Autor

Observa-se que as maneiras utilizadas pelas Unidades para divulgação desses encontros é através do “telefone” e nas “reuniões do Conselho Local”.

Há ainda uma UBS (9) que além de divulgar nas suas reuniões locais, pede a um membro que avise aos outros sobre o encontro.

É também demonstrado que nenhuma Unidade utiliza-se do “e-mail” e nem de “cartazes”.

A questão 04 é considerada primordial nesse estudo, pois envolve a questão de pesquisa. O objetivo de se fazer essa pergunta é ouvir a opinião dos gestores e trabalhadores em relação às formações permanentes que são realizadas nos Colegiados Leste e Centro-Sul, a fim de saber se tem trazido resultados positivos para prática do Conselho Local de Saúde.

A resposta foi “sim” em 07 UBSs, no entanto, cabe ressaltar esses resultados:

A “motivação” é um dos resultados obtidos, conforme se observa abaixo:

“Motiva as pessoas a sempre participarem das reuniões do Conselho Local; motiva a formularem melhor as reivindicações” (UBS 2).

“Troca de experiências, entrosamento e motivação” (UBS 8).

A questão do “envolvimento” também é um resultado conquistado:

“Participação mais ativa dos conselheiros, mais envolvimento nos assuntos desenvolvidos nas reuniões, sugestões” (UBS 1).

“Estamos nos envolvendo e nos comunicando mais como grupo” (UBS 7).

Auxilia no conhecimento dos “problemas e dificuldades”:

“Os trabalhadores conhecem melhor os problemas da comunidade e a comunidade conhece as dificuldades da população” (UBS 5).

Outro aspecto é o “crescimento dos membros”:

“A formação permanente desenvolvida nos colegiados tem contribuído com o crescimento dos membros do Conselho Local de Saúde e valorizando a participação consciente” (UBS 10).

E a “troca de experiências” é outro resultado positivo que foi citado.

“Troca de experiências, entrosamento e motivação” (UBS 8).

“A formação dos conselheiros e a troca de experiências com outros membros” (UBS 9)

Para 03 UBSs a resposta foi “não”, sendo que as justificativas foram:

“Referente ao meu Conselho Local, não, especificamente em razão de os membros do Conselho Local não estarem participando dos encontros de formação permanente nos Colegiados, deixando de apreciar os assuntos abordados” (UBS 3).

“Não em relação à Unidade (4), pois muitas das reuniões ficam só no papel em forma de teoria faltam atitudes, ações de ambos os lados tanto dos conselheiros, quanto dos gestores municipais” (UBS 4).

“Ainda não entendem o objetivo das reuniões” (UBS 6).

Na questão 05, a resposta “sim” foi unânime, ou seja, todos acham que devem ser realizadas parcerias para os encontros de formação permanente.

Para “todas” UBSs, deve ser realizada uma parceria com o “Conselho Municipal de Saúde”.

Cabe ressaltar que no último encontro de formação permanente dos Conselhos Locais de Saúde ocorreu a participação de 02 membros do Conselho Municipal de Saúde, na qual se pode dizer que já está se iniciando uma “parceria” entre esses Conselhos.

Para 07 UBSs (2, 3, 5, 6, 7, 8 e 10), também deverá formar parcerias com “lideranças comunitárias”.

Há também 03 UBSs que citaram outros locais como sugestão de parceria para esses encontros, como: jornal local, escolas, creches (UBS 3); ONGs, universidades, pastorais e igrejas (UBS 5) e ainda outras parcerias que venham a agregar conhecimentos e subsídios para melhoria das Unidades Básicas (UBS 4).

Em relação à questão 06, foi abordada qual a contribuição da formação permanente na preparação do Conselho Local de Saúde para as participações de Conferências Municipais de Saúde, segue abaixo as opiniões de todas as 10 UBSs:

- “Abordando o assunto com mais frequência” (UBS 1).
- “Contribuir para uma melhor organização dos Conselhos Locais. Estimula o aumento da participação de mais usuários e trabalhadores” (UBS 2).
- “Pautando as solicitações dos Conselhos Locais, trocando experiências, melhorando a compreensão geral do colegiado, acompanhando a efetivação das propostas aprovadas na última Conferência, proporcionando que o conselheiro adquira conhecimento sobre seu papel enquanto representante da comunidade” (UBS 3).
- “Ser mais objetivo em relação as ações dos conselheiros locais; explicitando os seus direitos e deveres enquanto usuários; fazer uma cartilha sobre “Sua primeira vez em uma conferência municipal de Saúde”; sair em campo, da teoria para realizações de ações; ministrar pequenos cursos anteriores a conferência” (UBS 4).
- “Quem participa das reuniões tem uma visão real da necessidade da população local, dos trabalhadores e gestores” (UBS 5).
- “Apresentar assuntos que eles entendam” (UBS 6).
- “Na elaboração das propostas e na discussão do que realmente é viável para tais propostas” (UBS 7).
- “Conscientização dos principais e reais problemas da comunidade, novas ideias, incentivo e divulgação das Conferências, a verdadeira participação popular” (UBS 8).
- “Possibilitar maior formação técnica, aumentar as responsabilidades e a consciência da importância que o Conselho de Saúde tem na vida da população” (UBS 9).
- “A formação permanente poderá contribuir na formulação de propostas coerentes e eficazes, rever e validar as propostas com mais clareza” (UBS 10).

4.3 Sínteses dos Encontros de Formação Permanente

A respeito dessas sínteses, seguem algumas observações:

- As sínteses foram levantadas na Secretaria da Saúde, com as enfermeiras do Núcleo Técnico.
- Não foi possível levantar a síntese do 1º Encontro de Formação Permanente que foi realizado no dia 29/03/2011.
- Será mencionado um resumo das sínteses de 06 encontros de formação permanente nos Colegiados Leste e Centro-Sul.

Dia 26/08/2011 - Encontro de Formação Permanente:

Nesse encontro houve um “levantamento das expectativas sobre estes encontros de conselheiros”, ocorreram rodas de conversas divididas por segmentos: gestores, trabalhadores e usuários para responderem duas questões: “O que é saúde”? e “O que é/quais são as necessidades em Saúde”?

Estavam presentes 40 pessoas no encontro, sendo: 02 do Núcleo Técnico, 16 usuários, 11 trabalhadores e 11 gestores.

De acordo com a avaliação do encontro, a maioria saiu “motivado” e “esperançoso”.

Dia 11/10/2011 - Encontro de Formação Permanente:

Nesse encontro fez-se um “recordatório”, na qual foram lembrados diversos assuntos relacionados à saúde, Conselho Local de Saúde, Conferência Municipal de Saúde.

Em seguida foi citado um problema de saúde: “a falta de planejamento familiar que contribui para o aumento da mortalidade infantil, sofrimento de crianças e famílias, aumento da violência e não estimula as pessoas planejarem o futuro”.

Sendo assim, discutiu-se em grupos: diferentes maneiras de evitar a gravidez não planejada.

Estavam presentes 30 pessoas no encontro, sendo: 02 do Núcleo Técnico, 09 usuários, 08 trabalhadores e 11 gestores.

Para avaliação do encontro foi realizada uma pergunta: Você acha que este encontro ajuda na sua atuação como conselheiro de saúde? “Dezesseis” pessoas responderam, sendo que todas essas responderam “sim”.

Dia 04/11/2011 - Encontro de Formação Permanente:

Nesse encontro o tema discutido foi o “papel do conselheiro de saúde”.

Foram realizadas discussões em grupos (usuários, trabalhadores e gestores). As questões foram: “O que é ser conselheiro de saúde”?; “Quais os pontos positivos”? e “Quais os pontos negativos”?

Ainda foram citadas algumas “propostas de ações para o enfrentamento da mortalidade infantil, com ênfase no Planejamento Familiar”.

Estavam presentes 37 pessoas no encontro, sendo: 02 do Núcleo Técnico, 16 usuários, 11 trabalhadores e 08 gestores.

Dia 18/04/2012 - Encontro de Formação Permanente:

Nesse encontro os Conselhos Locais de Saúde foram divididos para analisarem alguns aspectos:

- Quantos são os conselheiros de saúde? A qual segmento pertencem (usuários, trabalhadores, gestor) Outras pessoas participam?
- Qual a frequência destes encontros? A data é divulgada para a comunidade?
- O que se produz nestes encontros?

- Que propostas poderiam ajudar o Conselho Local de Saúde a se fortalecer?

Através de uma discussão em grupo, destacaram-se algumas medidas que se fossem adotadas, poderiam ter um avanço na atuação dos Conselhos Locais de Saúde, sendo que cada Conselho deveria verificar a aplicabilidade de cada uma na sua realidade.

Essas medidas foram: crachá; divulgar o que é Conselho Local de Saúde; convites; participar do Conselho Municipal de Saúde e convidá-lo para participar dos encontros trimestrais; divulgar o Conselho Local de Saúde no jornal local; rodízio de local das reuniões; renovação do Conselho Local; maior envolvimento do Secretário de Saúde; buscar mais parcerias; utilização do encontro trimestral como treinamento e conscientização dos Conselheiros; cronograma anual e discutir diagnóstico de saúde.

Houve ainda uma discussão sobre o que caberia a esses encontros de formação dos Conselhos Locais de Saúde e sobre as reuniões ordinárias desses Conselhos.

Foi informado que em todos os encontros de formação permanente serão fornecidas as atas para que os conselheiros possam acompanhar e divulgar a produção deste grupo.

Estavam presentes 35 pessoas no encontro, sendo: 02 do Núcleo Técnico, 07 usuários, 17 trabalhadores e 09 gestores.

Dia 18/07/2012 - Encontro de Formação Permanente:

Nesse encontro o tema discutido foi: "Participação popular".

Foi realizada uma palestra sobre esse assunto, ministrada pelo presidente da "Comissão de Defesa dos Direitos do Idoso".

Em seguida foram divididos em grupos por Unidade para discutir sobre as propostas (medidas) do encontro anterior e verificar quais delas foram implementadas.

Estavam presentes 36 pessoas no encontro, sendo: 02 do Núcleo Técnico, 13 usuários, 12 trabalhadores e 09 gestores.

Dia 17/10/2012 – Encontro de Formação Permanente:

Nesse encontro as enfermeiras do Núcleo Técnico fizeram um relato sobre a reunião que tiveram com representantes do Conselho Municipal de Saúde.

Estavam presentes dois membros do Conselho Municipal de Saúde: um representando o segmento dos trabalhadores, na qual fez uma breve retrospectiva da trajetória do Conselho Municipal de Saúde e citou também os principais trabalhos que estão em andamento, como a revisão do Regimento Interno.

O outro membro representando o segmento dos usuários fez uma síntese sobre sua trajetória no Conselho Municipal de Saúde e comentou que é a representante dos Conselhos Locais de Saúde. Comentou sobre a necessidade de ampliar a representação dos Conselhos Locais no Conselho Municipal e que por volta de março/2013 haverá novas eleições.

Esse dia foi visto como uma “aproximação” entre estes dois grupos (Conselhos Locais e Conselho Municipal) e que deve ser mantida ao longo do tempo.

A respeito das sínteses dos encontros de formação permanente que foram apresentadas, é possível observar que:

- Tem-se trabalhado diversos temas nos encontros, sendo assuntos pertinentes à saúde, controle social, conselho local, entre outros;
- O número de participantes nos encontros vem se mantendo entre 30 a 40 pessoas;

- Na maioria dos encontros ocorre algum tipo de discussão em grupo, na qual é muito importante para alcançar melhorias aos Conselhos Locais de Saúde;
- No último encontro teve a presença de membros do Conselho Municipal de Saúde, em que realmente percebe-se essa aproximação entre os Conselhos, sendo uma parceria de enorme valor; podendo até agilizar a questão da elaboração do “Regimento Interno para os Conselhos Locais de Saúde do município de Sorocaba”, algo que ainda não existe.

5 CONCLUSÃO

A Formação Permanente dos Conselhos Locais de Saúde no município de Sorocaba – SP foi o tema abordado nesse estudo.

Com o objetivo de “Descrever o processo de Educação / Formação Permanente dos membros dos Conselhos Locais de Saúde do município de Sorocaba”, na qual foi delimitado aos Colegiados Leste e Centro-Sul, conclui-se que esse objetivo proposto foi alcançado em sua grande parte, sendo através dos resumos das sínteses dos Encontros de Formação Permanente que trouxe uma breve visão de como acontecem esses encontros; com os questionários que abordaram assuntos que envolvem esse processo de formação permanente e ainda através da entrevista realizada que pôde mostrar a visão dos profissionais que trabalham com essa formação permanente nos Colegiados pesquisado.

Possui também “dois” objetivos específicos que é identificar e descrever os tipos específicos de formação voltados para o Controle Social nos Conselhos Locais de Saúde do município estudado, e também verificar os resultados obtidos nos Conselhos Locais de Saúde após o início da Formação Permanente. Em relação ao primeiro objetivo específico citado, foi possível levantar pouca informação, sendo apenas do tipo de formação permanente dos Colegiados Leste e Centro-Sul, na qual é objeto desse estudo. E a respeito do segundo objetivo específico, foi alcançado em partes, através de dados levantados nos questionários.

Vale ressaltar que a pergunta de pesquisa: “Quais os resultados que a Formação Permanente têm trazido para as práticas do Conselho Local de Saúde”? pôde ser respondida através do questionário, sendo que 07 Unidades citaram alguns resultados positivos alcançados, mas para 03 Unidades ainda não obtiveram resultados na prática do seu Conselho Local de Saúde e ainda complementada com dados das sínteses dos encontros e da entrevista.

O presente trabalho apresentou a metodologia de pesquisa do tipo exploratória e descritiva, sendo também uma pesquisa qualitativa.

Salienta-se que os resultados alcançados nesse estudo, podem contribuir no aprimoramento dos Encontros de Formação Permanente, na prática dos Conselhos Locais de Saúde, e ainda contribuir com a Secretaria da Saúde e a sociedade do município de Sorocaba e demais municípios.

Espera-se ainda que com esse trabalho, novas pesquisas também possam surgir tratando desse tema abordado, visando obter um efetivo Controle Social no SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição** (1988). Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 29 set. 2012.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**.

Brasília, DF. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2012.

BRASIL. **Lei nº 8142**, 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. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2012.

BRASIL. **Resolução nº 333**, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Diário Oficial da União. Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1. ISSN 1676-2339. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em: 29 set. 2012.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Cartilha para Orientação aos conselheiros de saúde**. São Paulo, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/coletanea_miolo.pdf>. Acesso em: 02 out. 2012, 22:10.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Reimpressão. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_capacitacao.PDF>. Acesso em: 02 out. 2012, 21:30.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/diretrizes_miolo.pdf>. Acesso em: 02 out. 2012, 21:45.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: MS, 2009.

CORREIA, Maria V. C. **Controle Social**. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/consoc.html>>. Acesso em: 26 jan. 2013.

CORTES, Soraia M. V. **Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Volume III, número 1, ABRASCO, 1998.

Dados sobre o município de Sorocaba. Disponível em: <<http://www.sorocaba.com.br/sobre-sorocaba>>. Acesso em: 20 out. 2012.

Dados sobre o município de Sorocaba. Disponível em: <<http://www.sorocaba.sp.gov.br/pagina/238/conheca-sorocaba.html>>. Acesso em: 20 out. 2012.

FUNDAÇÃO SEADE. **Dados de Sorocaba**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/imp/>>. Acesso em: 20 out. 2012.

GIL, Antonio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** - 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

GOHN, Maria da G. **Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica**. São Paulo, Cortez, 2001.

GOMES, Eduardo G. M. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Democracia, Controle Social e Instituições**. 2003. 110 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública e Governo) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/EPPGG/producaoAcademica/dissertacao_EduardoGranha.pdf>. Acesso em: 09 set. 2012, 09:30.

Guia do conselheiro: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, Departamento de Gerenciamento de Investimentos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010 - Sorocaba**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 out. 2012.

MAPA. **Localização Geográfica do Município de Sorocaba**. Disponível em: <<http://www.sorocaba.com.br/imagens/sorocaba/mapa.jpg>>. Acesso em: 20 out. 2012.

NETTO, José V. R. **Participação popular em saúde: o caso dos conselhos gestores de saúde das subprefeituras de São Paulo**. 2006. 264 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-25052007-160720/pt-br.php>>. Acesso em: 10 set. 2012, 00:10.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e os conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática**. São Paulo, Cortez, 1998.

SANTOS, Cláudia G. dos. **Gestão Democrática na Saúde: Análise da Experiência dos Conselhos Gestores de Unidade no município de Duque de Caxias**. 2006. 212 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Escola de Serviço Social – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&o_obra=34428>. Acesso em: 09 set. 2012, 23:50.

SOROCABA. **Decreto nº 10.641**, de 24 de junho de 1998. Dispõe sobre a aprovação do Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. **Jornal do Município de Sorocaba**. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/cgi-local/forpgs/showinglaw.pl>>. Acesso em: 08 out. 2012.

SOROCABA. **Lei nº 3623**, de 28 de junho de 1991. Institui o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências. **Jornal do Município de Sorocaba**. Disponível em: <http://www.leismunicipais.com.br/cgi-local/forpgs/form_vig.pl>. Acesso em: 08 out. 2012.

SOROCABA. **Lei nº 5396**, de 18 de junho de 1997. Dispõe sobre alterações da lei nº 3623, de 28 de junho de 1991 e dá outras providências. **Jornal do Município de Sorocaba**. Disponível em: <<http://www.leismunicipais.com.br/cgi-local/forpgs/showinglaw.pl>>. Acesso em: 08 out. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Nome:

Escolaridade:

Profissão:

Seção / Secretaria que pertence:

Quando iniciou seu trabalho com o Controle Social no SUS?

O Controle Social no SUS em Sorocaba tem avançado nos últimos anos?

Em que consiste o Núcleo Técnico na Secretaria de Saúde?

Quais tipos de formação permanente utilizados no município de Sorocaba para os Conselhos Locais de Saúde?

Como é realizada a divulgação dos encontros de formação permanente aos Conselhos Locais de Saúde?

Na questão da formação permanente dos Conselhos, quais os pontos positivos de ser ter a divisão em Colegiados? Existem pontos negativos? Se “sim”, quais?

Para os encontros de formação permanente dos Conselhos Locais de Saúde devem-se realizar parcerias? Se “sim”, com quem?

Quais são os aspectos positivos e negativos neste processo de formação permanente dos conselheiros locais?

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

UBS _____

Gestor (a): _____

Trabalhador: _____ Cargo: _____

Trabalhador: _____ Cargo: _____

1 – Observando o Conselho Local de Saúde da sua UBS, complete:

_____ usuário (s) está (ão) mais motivado (s), após a participação dos encontros de formação permanente.

- () Todos
() Alguns
() Nenhum

2 – No Conselho Local de sua UBS têm usuários que não participam dos encontros de formação permanente? Se sim, quais motivos?

- () Sim
() Não

3 – Como é realizada a divulgação dos encontros de formação permanente aos membros do Conselho Local? (pode assinalar mais de uma alternativa)

- () Telefone
() E-mail
() Reuniões do Conselho Local
() Cartazes
() Outros: _____

4 – Na sua opinião, a formação permanente desenvolvida nos Colegiados Leste e Centro-Sul tem trazido resultados positivos para prática do Conselho Local de Saúde? Se “sim”, quais? Se “não”, justifique.

() Sim

() Não

5 – Para os encontros de formação permanente dos Conselhos Locais de Saúde devem-se realizar parcerias?

() Sim

() Não

Se sim, com quem?

() Conselho Municipal de Saúde

() Lideranças Comunitárias

() Outros: _____

6 – Como a formação permanente pode contribuir na preparação do Conselho Local de Saúde para as participações de Conferências Municipais de Saúde?
