CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE COMO NOVOS ATORES SOCIAIS: UMA FORÇA COLETIVA NA PRODUÇÃO DO BEM PÚBLICO?

Brenda Teresa Porto de MATOS[1]
Valério TURNES[2]

RESUMO: Este excerto buscou retratar um estudo teórico-prático de natureza exploratória, elaborado para auscultar, por meio da técnica de grupos focais, lideranças e conselheiros locais de saúde e identificar sua percepção acerca dos saberes e aptidões essenciais ao exercício da função, fundamentando, assim, a formulação de um Plano de Educação Permanente dos conselhos locais de saúde de Florianópolis.
A decisão de contribuir para potencializar a participação social na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e controle da implementação das políticas municipais de saúde constituiu o eixo para que a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis levasse a cabo, em 2012 e em 2013, o seu Plano de Educação Permanente.
A sistematização dos resultados extraídos da pesquisa geraram categorias temáticas que foram encampadas no processo de formação permanente dos conselheiros locais de saúde, sinalizando os roteiros a serem percorridos pelo referido plano. A avaliação do processo implementado e ainda em curso deverá ser, até o final do corrente ano, aferida mediante novos procedimentos de pesquisa e monitoramento.

PALAVRAS-CHAVE: Conselhos locais de saúde. Competências. Participação comunitária. Educação permanente.

Introdução

A participação social foi uma das marcas emblemáticas da Reforma Sanitária Brasileira e de inúmeros outros movimentos dos anos 70 e 80, que ensejaram, no bojo de todo um processo social de cunho pluralista e suprapartidário, a consagração da "saúde como direito de todos e dever no Estado" em nossa Constituição Federal. As leis orgânicas da saúde que a seguir vieram regulamentar o texto constitucional - leis 8.080/90 (BRASIL, 1990a) e 8.142/90 (BRASIL, 1990b) - definiram não apenas a estrutura e organização do SUS (Sistema Único de Saúde), mas também os mecanismos de participação popular e controle social nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

Os conselhos de saúde, ao lado das conferências de saúde, são um desses mecanismos, e sua efetivação a nível municipal, além de essencial para a corresponsabilização do governo

[1] Socióloga. Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria Municipal de Saúde. Florianópolis – SC – Brasil. 88036-700 - btmatos@hotmail.com
[2] UDESC - Universidade do Estado de Santa Catarina. Centro de Ciências da Administração e Socieconômicas - Departamento de Administração Pública. 88035-001 - valerio.turnes@yahoo.com.br

e da sociedade na formulação e controle das políticas públicas de saúde, tornou-se, particularmente com a Norma Operacional Básica do SUS de 1996, um requisito para o recebimento de recursos federais destinados à saúde.

Os conselhos gestores, dentro dos quais se encaixam os de saúde, emergiram de demandas e pressões da sociedade nos anos 1990, mas, diferentemente dos conselhos populares e dos comunitários, são, por força de lei, paritários, constituídos de representantes estatais e de representantes da sociedade civil. Na medida em que lhes cabe participar da formulação e gestão das políticas públicas de saúde, criando-se, assim, uma nova esfera "social-pública", torna-se-lhes essencial: o acesso às informações (inclusive à sua decodificação), as capacitações técnicas e o desenvolvimento de saberes ético-políticos que potencializem sua prática cotidiana na cogestão dos negócios públicos.

A forma "conselho", utilizada na gestão pública ou em coletivos organizados da sociedade civil, não é nova na história (GOHN, 2002). Os conselhos seriam, segundo alguns estudiosos, uma invenção tão antiga como a própria democracia participativa, com origem provável já nos clãs visigodos. No estuário dos anos 1990, a discussão conceitual em torno da categoria "participação" denotava, como salienta Gohn, uma inflexão da fase da participação como pressão pela demanda de um bem para uma fase em que havia uma certa qualificação da participação. Essa pesquisadora esclarece:

> A participação passou a ser vista sob o prisma de um novo paradigma – como Participação Cidadã, baseada na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e numa nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado. A participação passou a ser concebida como intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo o circuito de formulação e implementação de uma política pública, porque as políticas públicas ganharam destaque e centralidade nas estratégias de desenvolvimento, transformação e mudança social. A sociedade civil não é o único ator social passível de inovação e dinamização dos canais de participação, mas a sociedade política, por meio das políticas públicas, também passa a ser objeto de atenção e análises. A principal característica desse tipo de participação é a tendência à institucionalização, entendida como inclusão no arcabouço jurídico-institucional do Estado, a partir de estruturas de representação criadas por leis (GOHN, 2002, p. 12).

Avritzer (1999), polemizando com a concepção de esfera pública de Habermas e lançando elementos de uma reconstrução ampliada da teoria democrática, localiza, no nível do próprio espaço público, deliberação pública e instituições públicas. Desse modo, a democracia não se limita apenas ao processo de agregação política e decisão, mas implica também um processo público de deliberação, que disputa com o sistema político as

prerrogativas da decisão política. É desse confronto, que exprime diferentes projetos sociais e posições político-ideológicas, que emerge "a possibilidade sempre presente de ampliação da prática democrática" (AVRITZER, 1999, p. 41).

No patamar das novas regras constitucionais a partir de 1988 e do arcabouço normativo-institucional que as manifestações da sociedade civil ensejaram, levando à descentralização e transferência de responsabilidades e autoridade para os governos locais, o poder local passou a ser visto de forma mais ampliada, como espaço de gestão político-administrativa. Os conselhos gestores são, portanto, fruto desse novo alinhamento de redemocratização do país, na qualidade de instrumentos de expressão, representação e participação da população (GOHN, 2002), imbuídos de um caráter deliberativo.

No que tange aos conselhos locais de saúde em Florianópolis, surgiram legalmente por meio da Resolução nº 1/2000 do Conselho Municipal de Saúde (CMS)[3], com caráter consultivo, na área de abrangência da unidade local de saúde, e foram se constituindo, a partir de então, em várias localidades do município, totalizando, atualmente, em torno de 40 conselhos registrados.

Entretanto, a atuação desses conselhos demanda estratégias de qualificação permanente e sistemática de seus representantes, tarefa que foi, em 2011, assumida pela Secretaria de Saúde, mediante o apoio e monitoramento do Conselho Municipal, e que se tornou inadiável tanto por força das prerrogativas de instituições como o Ministério Público, em sua função de defesa do regime democrático, e o Ministério da Saúde, com portarias específicas destinando recursos para a implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde – ParticipaSUS -, quanto pelo compromisso de estimular a participação social por meio dos conselhos locais de saúde, firmado como objetivo no Plano Municipal de Saúde 2011-2014, e de capacitar 100% dos conselheiros municipais de saúde, firmado no Pacto dos Indicadores, junto à Comissão Bipartite (CIB).

Dentro desse contexto, então, foi elaborado e executado em 2011 um Projeto de capacitação de conselheiros municipais e locais de saúde, a partir da aprovação do Plano do Projeto por seu patrocinador institucional, o Diretor de Planejamento, e do devido aval do Conselho Municipal de Saúde (CMS), em consonância com as boas práticas em gestão de projetos identificadas e descritas pelo Project Management Institute (PMI)[4].

[3] Esta resolução foi revogada pela Resolução 010/2008 (FLORIANÓPOLIS, 2008).
[4] O PMI, com mais de 500.000 membros em 185 países, é hoje a maior entidade mundial sem fins lucrativos voltada ao Gerenciamento de Projetos.

O projeto visava, justamente, a consubstanciar um lastro inicial de conhecimentos capaz de balizar a atuação tanto dos conselheiros municipais quanto dos conselheiros locais, tendo como parâmetro um modelo de participação social atento ao pluralismo e às diversidades culturais e empenhado em reduzir a iniquidade no atendimento das demandas dos grupos ou comunidades representadas. Nessa medida, o equacionamento e o planejamento das ações destinadas a promover saúde num sentido amplo, e não apenas a assistência, deveriam ser pautados não no poder da força verbal ou da pressão social ou grupal, mas, tanto quanto possível, em parâmetros de equidade e justiça e configurados a partir de diagnósticos locais.

Mediante um processo de interação com a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC-ESAG) e com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a estratégia adotada para desenvolver as abordagens e programações das oficinas de capacitação foi a constituição de uma equipe do projeto, composta por professores dessas duas universidades parceiras, representantes dos cinco distritos sanitários, do conselho municipal, dos conselhos locais e de setores mais diretamente pertinentes da secretaria.

As temáticas para as ações pedagógicas foram pautadas, inicialmente, em uma coleta de informações e requisitos (questionários via e-mail, entrevistas, prescrições legais) junto ao público-alvo – os conselheiros municipais -, a trabalhadores da saúde e gestores, colaboradores e segmentos sociais envolvidos.

As oficinas de capacitação foram destinadas aos conselheiros representantes da sociedade civil e de seus grupos organizados e, também, aos representantes do Poder Público, pois, embora sejam estes portadores de dados, informações e suporte administrativo que faltam àqueles, muitas vezes, não sabem decidir junto ou não conseguem compartilhar decisões em arenas públicas. Seus ministrantes foram professores das duas universidades parceiras, alguns profissionais de saúde da rede municipal e um profissional da Secretaria de Estado da Saúde.

Como o projeto também propunha gerar um Plano de Educação Permanente dos conselheiros locais, com vistas a desenvolver as suas competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) e potencializá-los no exercício da representação política, a gerente do projeto decidiu pela realização de uma pesquisa de caráter exploratório e qualitativo, buscando identificar a sua percepção acerca das competências e aptidões pessoais de um conselheiro no exercício de sua função.

Este trabalho retrata, assim, o resultado dessa pesquisa, que, embora não tenha sido dotada de representatividade estatística, veio subsidiar a modelagem do processo de Educação

Permanente a ser implementado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em parceria com as universidades envolvidas e com o Conselho Municipal de Saúde, em 2012.

Referenciais teóricos e legais

A Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social, proposta pelo Conselho Nacional de Saúde, define como educação permanente para o controle social os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde, mediante a utilização de metodologias participativas, em processos formais e informais, que valorizam as experiências (vivências) das pessoas (BRASIL, 2006).

Seus eixos estruturantes são: a participação social na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação das políticas de saúde; o financiamento da participação e do controle social pelas três esferas de governo; a intersetorialidade, fortalecendo-se espaços de articulação dos conselhos com entidades da sociedade, instituições de ensino e pesquisa e gestores; a informação e comunicação em saúde, criando-se redes interativas entre os conselhos de saúde, e a legislação do SUS, que orienta a sociedade e garante seus direitos e deveres.

Um processo de formação de conselheiros é, antes de tudo, um processo político-pedagógico, compreendido no sentido de Platão, quando pontua que “[...] a essência de toda a verdadeira educação ou paideia é a que dá ao homem o desejo e a ânsia de se tornar um cidadão perfeito e o ensina a mandar e a obedecer, sobre o fundamento da justiça.” (JAEGER, 1995, p. 147).

Várias correntes pedagógicas hoje, como a proposta pelo professor Eduardo Chaves, advogam que a educação seja orientada para competências, postulando que o aprendizado se organize não mais em função de conteúdos informacionais disciplinares a serem transmitidos, mas, sim, em função de competências e habilidades que os indivíduos devem desenvolver, em continuidade com as competências e habilidades que desenvolvem na fase pré-escolar, por imitação, observação e intervenções dos que compartilham o seu universo diário.

Habilidades ligam-se a atributos relacionados não apenas ao saber-conhecer, mas ao saber-fazer, saber-conviver e ao saber-ser (CHAVES, 2001). Assim, identificar variáveis, compreender fenômenos, relacionar informações, analisar situações-problema, sintetizar, julgar, correlacionar e manipular são exemplos de habilidades.

Competências constituem um conjunto de conhecimentos, atitudes, capacidades e aptidões que habilitam alguém para vários desempenhos da vida (CHAVES, 2001). Pressupõem operações mentais, capacidades para usar as habilidades, emprego de atitudes adequadas à realização de tarefas e conhecimentos. A competência pode ser vista como um conjunto de habilidades harmonicamente desenvolvidas, por exemplo, ser fisioterapeuta. As competências/habilidades são inseparáveis da ação, mas exigem domínio de conhecimentos.

Em relação a um público constituído por conselheiros locais de saúde, que são lideranças e/ou cidadãos empenhados em atuar em suas comunidades, as competências devem ser centradas em situações práticas, em problemas cuja solução possa ser buscada de forma criativa em discussões em grupo, oficinas, projetos interdisciplinares de interesse deles, onde os conteúdos informacionais estejam imbricados na necessidade gerada pelos problemas enfrentados. Nesse sentido, educar é desenvolver as competências que tornam uma pessoa capaz de viver uma vida autônoma, produtiva e responsável. É formar para que o outro tome parte, seja ativo.

Um plano de qualificação permanente dos conselheiros locais de saúde visa, portanto, a dotá-los de conhecimentos, informações e habilidades direcionados para a sua atuação cotidiana ativa e responsável nos espaços sociais de suas localidades e, mais particularmente, na formulação, gestão e avaliação das políticas municipais de saúde ali implantadas, norteando-se pela valorização de suas experiências como cidadãos e como representantes comunitários.

As diferentes abordagens sobre a competência humana sugerem três perspectivas de análise: comportamental, funcional e construtivista (RAQUEL; FEUERSCHÜTTE; ALPERSTEDT, 2008). A perspectiva comportamental considera que os atributos individuais do sujeito, ou seja, o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que compõem sua personalidade, permitem-lhe alcançar um desempenho superior em suas ações diante de resultados produzidos por outros sujeitos. Para a dimensão funcional, os conhecimentos, habilidades e atitudes podem estar diretamente adequados à função ocupada pelo sujeito no trabalho; em outros termos, a competência enquadra-se nas funções organizacionais.

Já a perspectiva construtivista, referencial aqui adotado, incorpora variáveis sociais afetando a ação do sujeito, o contexto onde ele está inserido; nesse sentido, a competência pressupõe o entendimento prático de situações que se apóiam em conhecimentos adquiridos, que são, então, mobilizados para a ação; ela transforma esses conhecimentos na medida em que a diversidade das situações aumenta.

Para essa vertente, a base da competência é uma dupla instrumentalização, ou seja, a instrumentalização de dois tipos de recursos: os recursos incorporados ao indivíduo, constituídos pelos saberes (teóricos, do meio e procedimentais), pelos saber-fazer (formalizados, empíricos, relacionais e cognitivos) e por seus recursos pessoais (aptidões ou qualidades, recursos fisiológicos e recursos emocionais), e os recursos do meio, constituídos por máquinas, instalações materiais, informações e redes relacionais (LE BOTERF, 2007). Portanto, é um processo dinâmico, cuja característica essencial consiste em escolher os saberes e recursos e combiná-los em relação a objetivos visados e problemas a resolver, integrando-os diante de situações complexas.

O domínio pelos conselheiros desses instrumentais para agirem diante das situações que vão emergindo só ocorrerá por meio de um processo diário de aprendizagem. A instrumentalização dos recursos pessoais é incorporada em sua personalidade; a instrumentalização dos recursos do meio é objetivada, ou seja, exterior a eles. Cabe, pois, à Educação Permanente a tarefa de contribuir para acionar e potencializar os talentos humanos e os saberes constitutivos das histórias de vida dos conselheiros e de suas comunidades.

Nessa medida, a competência torna-se um conceito em construção, uma partitura em movimento, e não uma listagem estática de atributos. Ela é a faculdade de usar tal instrumentalização de maneira pertinente, ou seja, a faculdade de mobilizar um conjunto de saberes, saber-fazer, aptidões ou qualidades pessoais, experiências, recursos do meio, combinando-os em relação a objetivos visados, sejam um projeto a implementar, um problema a resolver ou uma atividade a realizar.

Entre os saberes, Le Boterf elenca os teóricos, os do meio e os procedimentais. Um saber teórico é aquele que permite ao conselheiro entender um fenômeno ou uma situação, entender aquilo que faz, seu sentido. Ele é um saber exógeno, ou seja, está fora da pessoa, mas orienta sua ação, podendo pautar-se em conceitos, conhecimentos organizacionais, racionais, conhecimento da legislação vigente, saberes disciplinares (com suas teorias e leis). São geralmente difundidos pela escola e pela formação.

O saber do meio ou do ambiente refere-se ao conhecimento do contexto histórico, político e sociocultural da comunidade à qual o conselheiro pertence, podendo ser mais ou menos formalizado: os códigos sociais e culturais, os interesses políticos e econômicos presentes, as associações e entidades comunitárias e as instituições de saúde atuantes em sua área de abrangência, com suas dinâmicas organizacionais, seu sistema de gestão e sua cultura institucional.

Os saberes procedimentais ou procedurais buscam descrever como deve ser feito, “como fazer funcionar” um conselho local. Eles propõem uma espécie de guia de instruções, regras para agir, encadeamentos de operações para a realização de um objetivo determinado e descrevem procedimentos, métodos, modos operatórios, visando à realização de um determinado objetivo. São, em geral, adquiridos por meio de sistemas formais de educação e de formação contínua. Por exemplo: saber como se comunicar em reunião, saber como elaborar um plano de formação, saber como implementar as tarefas atribuídas aos conselheiros, saber como resolver problemas, como buscar informações.

Do conjunto dos “saber-fazer”, Le Boterf destaca o saber-fazer formalizado, o empírico, o relacional e o cognitivo. O saber-fazer formalizado ou operacional é composto por condutas, métodos ou instrumentos cuja aplicação prática o conselheiro domina, com os quais ele sabe operar. Em outros termos, ele domina a aplicação de um procedimento, por exemplo, conduzir uma reunião do conselho com a comunidade para estudo de problemas, não a descrição de como fazê-lo, saber ler e entender um mapa ou saber redigir um ofício para um órgão público.

O saber-fazer empírico ou experiencial é aquele oriundo da ação, das lições extraídas da experiência prática, e que requer a mobilização dos saberes do corpo e dos sentidos. É uma habilidade adquirida através do tempo, às vezes chamada de conhecimento tácito (do latim *tacitum,* que também significa segredo, mistério), e tal saber experiencial dificilmente é verbalizável; é um saber agir em função de algo, é ligado à pessoa e não é universal, por isso às vezes caracterizado como endógeno. Saber quando se calar em uma reunião do conselho, para dar voz a outro, até mesmo a moradores locais, saber agir de forma coletiva diante de uma situação complexa, e não de forma personalista, intuir sobre como mobilizar um grupo de trabalho ou uma comissão de conselheiros e/ou usuários diante de algum objetivo.

O saber fazer relacional implica saber cooperar, saber ouvir, saber interagir e também saber ser incisivo e firme quando necessário. Emana, via de regra, da experiência profissional e social.

O saber fazer cognitivo corresponde a operações intelectuais necessárias à formulação, à análise e à resolução de problemas, à concepção e à realização de projetos, à tomada de decisão, à criação ou à invenção, postas em execução e organizadas entre si por um sujeito em interação com seu meio. Tais capacidades e processos cognitivos produzem inferências, informações novas que desencadeiam raciocínios indutivos, raciocínios dedutivos, abstrações reflexivas, generalizações e operam na resolução de problemas, podendo consistir em saber

tratar uma informação recebida pelo conselho, em saber raciocinar diante de um problema emergente.

Além dos recursos do indivíduo constituídos pelos saberes e pelos "saber-fazer", Le Boterf identifica ainda, conforme mencionado, os seus recursos pessoais (aptidões ou qualidades, recursos fisiológicos e recursos emocionais).

As aptidões ou qualidades pessoais são os recursos mais difíceis de expressar e descrever, de modo a se conseguir, inclusive, reconhecê-los. Podemos nomear como tal o rigor, a força de convicção, a curiosidade de espírito, a paciência, a vontade, o desprendimento.

Não se trata, frisa Le Boterf, de pretender estimar um "saber ser" de alguém, ainda que ele possa ser muito mais o resultado de uma situação dada do que algo que os sujeitos detêm; mas procura-se evidenciar comportamentos esperados em uma dada situação profissional ou "competências comportamentais", como a capacidade de escuta, as atitudes de acolhida, a capacidade de iniciativa, a tenacidade, a autoconfiança, a capacidade de cooperar. O saber ser resulta, assim, da interação entre uma personalidade e uma situação específica, existindo várias formas singulares de agir com pertinência e competência em um contexto particular (LE BOTERF, 2007, p.125).

Dentro desse leque mais amplo de interação entre uma personalidade e uma situação específica, vários perfis comportamentais de conselheiro podem ser adequados para a organização comunitária, pois o que será coavaliado não é a pessoa em si mesma, mas seu agir num determinado contexto, na solução de problemas mais simples ou mais complexos.

O raciocínio, para ser pertinente, deve também ser informado pelas emoções, daí o peso dos recursos emocionais para reduzir o campo das alternativas e propiciar a tomada de decisões em um tempo mais restrito. Esses recursos, que se incorporam ao sujeito, emanam da educação e da experiência; em suma, da aprendizagem.

Recursos do meio ou recursos externos ao sujeito, como máquinas, equipamentos, meios de trabalho, informações, redes relacionais, redes documentares, banco de projetos, complementam o conjunto de requisitos a ser mobilizado pelo conselheiro, para construir suas competências.

As instituições hoje têm reconhecido a importância de terem projetos globais de gestão do conhecimento, capazes de articular a economia das competências e a economia dos saberes, criando portais de acesso único, etc. Os conselheiros também poderiam ter o desenvolvimento de suas competências fundamentado numa articulação mais ampla com outros conselhos locais de saúde, com o Conselho Nacional de Saúde e com outras entidades

comunitárias de suas localidades, o que enriqueceria a tessitura social, humana e simbólica à qual pertencem.

Inaugurando o campo para a educação permanente dos conselhos locais

Dentro do escopo do projeto de capacitação mencionado, foram realizadas cinco oficinas para o Conselho Municipal e cinco para os conselhos locais durante o ano de 2011, com duração média de 4 horas e meia cada, condensadas nos temas abaixo elencados.

- Para o Conselho Municipal de Saúde:

1ª - Os *instrumentos de gestão do SUS.*

2ª - *O SUS e a Participação Social: novos e velhos desafios.*

3ª - *Planejamento e Plano Municipal de Saúde: como passar do projeto à realidade?*

4ª - *O dinheiro na Saúde Pública.*

5ª - *O público e o privado na Saúde Pública.*

- Para os conselhos locais de saúde, mediante a realização de uma oficina por cada um dos cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Centro e Continente):

SAÚDE, CONTROLE SOCIAL E VOCÊ: Qual é a força do conselho local de saúde em sua comunidade?

Os questionários de avaliação individual desses eventos, uma vez preenchidos pelos participantes e entregues ao final de cada oficina realizada, em particular daquelas dirigidas aos conselheiros locais de saúde, serviram de subsídio para o levantamento preliminar de temas e metodologias a serem trabalhados no processo de Educação Permanente dos conselhos locais.

Como essas demandas e sugestões originaram-se de um instrumento de coleta individual de dados, a opção pela “fala em debate” (CRUZ NETO; MOREIRA; SUCENA, 2002), que é o produto da investigação em grupos focais, foi eleita como uma estratégia complementar, não apenas por possibilitar a captura da visão dos conselheiros e de suas necessidades de formação, mas também por revelar a diversidade e complexidade de cada realidade local.

Caracterização e metodologia da pesquisa

Assim, com o intuito de identificar as competências e aptidões dos conselheiros locais a partir de sua própria percepção e subsidiar a elaboração do Plano de Educação Permanente dos conselhos locais de saúde, esta pesquisa foi realizada como um estudo teórico-prático de natureza exploratória e qualitativa, cujo universo de investigação foi composto por um amostra de quatro conselhos locais: Córrego Grande, Continente, Canto da Lagoa e Itacorubi. A escolha dessas entidades ocorreu em virtude do fato de seus conselhos terem reuniões mensais agendadas para o mês de dezembro de 2011, período estipulado para a coleta dos dados, e de terem cedido aos pesquisadores um espaço para o debate por eles proposto, em torno de 90 minutos. As reuniões ocorreram nas localidades em que estão instalados os conselhos e contaram com um número aproximado de 12 a 15 participantes por conselho,

A coleta de dados nesses conselhos foi feita por meio de grupos focais, como evocado anteriormente, com um roteiro de debate previamente delineado, contendo algumas questões-chave e suas diretivas. As falas do grupo foram gravadas digitalmente e transcritas, sendo posteriormente interpretadas segundo as balizas teóricas sugeridas por Le Boterf, propiciando a identificação dos saberes e competências necessários aos conselheiros locais das comunidades pesquisadas e sinalizando roteiros a serem percorridos no processo de Educação Permanente.

Se o propósito do plano era desenvolver processos pedagógicos pautados na utilização de metodologias participativas que valorizassem, em espaços formais e informais, as experiências (vivências) das pessoas, era necessário trazer à tona as vozes dos diversos destinatários e atores públicos.

Então, concomitantemente com a análise de questionários individuais aplicados a conselheiros e lideranças locais de saúde em oficinas de capacitação, os resultados sistematizados desta pesquisa com uma amostra de conselhos locais de saúde constituíram a matéria-prima para a elaboração do Plano de Educação Permanente dos conselhos locais de saúde. A avaliação do processo implementado e ainda em curso deverá ser, ao longo do corrente ano, aferida mediante novos procedimentos de pesquisa e monitoramento.

Pautando os resultados da pesquisa

As falas pertinentes a cada tipo de saber e recurso expressas pelos conselheiros e participantes dos quatro conselhos pesquisados foram tabuladas a seguir, traduzindo as suas manifestações nos grupos focais, a partir da escuta e interpretação dos pesquisadores.

Saberes teóricos	Conhecer a legislação, em especial a referente aos conselhos locais de saúde.
	Conhecer as políticas públicas, as políticas de saúde.
	Ter um conceito ou definição ampliada de saúde e de saúde pública, que englobe: saneamento, poluição sonora, mobilidade dos idosos e da população em geral.
	Conhecer os fundamentos e princípios básicos do SUS, seus objetivos, as questões de orçamento e de finanças públicas de todo o sistema de saúde.
	Obter capacitação técnico-científica e capacitação em geral acerca das leis pertinentes à saúde, de sua origem, de seus efeitos, dos critérios para repasse de recursos e definição de porte das unidades de saúde.
	Noções de planejamento.
	Desenvolvimento da consciência crítica.

Saberes do meio	Funcionamento dos fluxos, do sistema como um todo, competências e responsabilidades de cada nível de atenção (centro de saúde, policlínica, hospital), como ocorrem esses encaminhamentos, como o centro de saúde funciona, conhecer o encadeamento dos processos, a estruturação dos serviços.
	Conhecer a realidade local, o histórico das lutas comunitárias, das conquistas, conhecer a realidade da comunidade, dos habitantes locais, das famílias, o nível cultural, etc., até para informar aos usuários e dar respostas a suas demandas, sejam positivas ou negativas (ex: possibilidade de se marcar consulta por telefone ou internet).
	Conhecer como funciona a Secretaria Municipal de Saúde: organograma, dotação de recursos, dotação orçamentária.
	Conhecer as instituições, saber a quem recorrer para solucionar os problemas da comunidade (como calçadas irregulares e ausentes).

	Saber atuar a partir das características da comunidade local: há falta de conhecimento das pessoas, em particular, dos idosos, sobre a real função do conselho de saúde; existe uma reduzida participação e mobilização das comunidades, que buscam, quando vêm às reuniões, resolver questões pessoais. Situação precária de muitas moradias, elevação da criminalidade, ociosidade de jovens, falta de creches, proliferação e hipertrofia das edificações, sem infraestrutura do sistema viário, de transportes e de saneamento básico e sem equipamentos e espaços públicos de lazer.
	Conhecer os processos institucionais e o funcionamento do SISREG (Sistema de Regulação).

Saberes procedimentais	Saber fazer um planejamento, estabelecer prioridades, objetivos, saber aonde o conselho quer chegar, aprendendo a começar por questões menores, mais passíveis de serem resolvidas.
	Conhecer as atribuições e competências efetivas dos conselheiros locais para atuar melhor e contribuir mais adequadamente, mediante cursos, etc.
	Saber desenvolver estratégias para enfrentar divergências sobre o papel do CLS, por exemplo: exercer pressão diretamente junto ao secretário e CMS para se resolver o problema ou resolvê-lo via coordenador da unidade, que o levará ao secretário?
	Conhecer os procedimentos para incluir ações e atividades no orçamento anual e nos planos plurianuais para os exercícios seguintes.
	Com base no conhecimento das necessidades da unidade de saúde, saber como cobrar o que lhe falta e suprir as demandas dos usuários e da comunidade.
	Saber como os conselheiros podem buscar capacitações e como implementar estratégias para isso: projetos, planos de formação, parcerias, ofícios, etc.
	Saber trabalhar articuladamente com as associações de moradores, conselhos comunitários e demais entidades locais.
	Saber eleger algumas frentes de trabalho, por exemplo, mais profissionais para as unidades de saúde; reforma e expansão de espaços físicos dessas unidades; implantação e ampliação de tratamento de esgoto nos bairros, etc.

	Saber conferir visibilidade ao conselho, traçar metas, planos, objetivos.
	Saber como atingir os objetivos idealizados para os conselhos locais.
	Saber como encaminhar questões básicas, como o próprio registro do conselho junto ao CMS e o vínculo com ele.

Saber –fazer empírico	Saber mobilizar as pessoas para participarem das reuniões e do conselho local, pois são convidadas e não comparecem, mas mantêm suas cobranças.
	Saber usar boletins informativos, murais, saber disseminar informações para a comunidade.
	Saber esclarecer a população sobre o papel e o âmbito de atuação do conselho local de saúde e sobre o caráter distinto da unidade de saúde.
	Saber orientar a comunidade, elaborar cartilhas e materiais educativos; saber utilizar situações cotidianas para estimular a adesão dos usuários ao conselho local.
	Saber buscar orientação e informações necessárias para que o conselho promova ações de melhoria para a comunidade e soluções para os problemas.
	Saber utilizar a experiência profissional como agente de saúde, por exemplo, para encaminhar ações necessárias à solução das carências da comunidade.

Saber-fazer relacional	Saber elevar a confiança das pessoas no conselho, obter o reconhecimento do conselho enquanto espaço de participação e de representatividade.
	Saber sensibilizar, estimular a comunidade para participar do conselho e da definição das políticas de saúde.
	Saber integrar as atividades do conselho com as ações gerais das associações de moradores e de outras entidades comunitárias, resultando em melhorias para a comunidade.
	Saber esclarecer a população sobre o SISREG, ainda que não se consiga satisfazer a todos, inclusive colaborando com a unidade de saúde no enfrentamento das tensões nessa área.

Aptidõe	Disposição para orientar e ajudar a população e as entidades comunitárias para resolver problemas.

	Querer buscar soluções para o bem de toda a comunidade, não de indivíduos ou grupos isolados. Pensar de forma coletiva. Não se trata de obter regalias ou favorecimentos pessoais, mas de uma disposição de ajudar a comunidade.
	Participação mais intensa na unidade de saúde, conhecendo melhor seus problemas.
	Estar envolvido com a comunidade e ter vontade, força de vontade para melhorar as suas condições de saúde.
	Visão e iniciativa.
	Aspirar ao reconhecimento do conselho local pela comunidade e pela Secretaria de Saúde.

Recur-sos do meio	Necessidade de datashow, laptop, recursos para elaboração de folders, materiais educativos e explicativos para o trabalho de divulgação junto à comunidade.
	Acesso a relatórios ou dados sobre o sistema de marcação de consultas e exames especializados para divulgação à comunidade.

A sistematização dos resultados desta investigação e dos questionários individuais acima referidos originou, como ponto de partida, dez categorias de temas a serem encampados pelo Plano de Educação Permanente dos conselhos locais de saúde:

1) O valor da participação social; o indivíduo na construção coletiva.
2) As políticas públicas e a política do SUS; níveis de atuação em saúde; a função das unidades de saúde, da UPA (Unidade de Pronto Atendimento), as atribuições da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dos agentes de saúde; PET (Programa de Educação pelo Trabalho), PSE (Programa de Saúde do Escolar) e demais programas da SMS; conselhos de direitos.
3) Como atrair pessoas para a participação nos conselhos, como fazer o marketing da participação social? Formação dos conselheiros para a mobilização e a articulação com a comunidade.
4) Orçamento e dinheiro: como a comunidade pode intervir? Fundo Municipal de Saúde; PPA (Plano Plurianual): a área de saúde na lei do PPA; Complementação da prestação de serviços mediante convênios.

5) Relações humanas: como lidar com os conflitos, como desenvolver lideranças, como comunicar-se com a comunidade.
6) Como elaborar um Planejamento do conselho, estabelecer prioridades, como elaborar um diagnóstico local?
7) As práticas nos conselhos locais, a verdadeira função e atribuições dos conselhos e dos conselheiros.
8) Temas que atendam aos anseios da comunidade, a partir de diagnósticos pontuais sobre a situação geográfica, política, física, epidemiológica e sanitária, com horários compatíveis.
9) Capacitação dentro de cada conselho, optando por situações práticas e aprofundando sobre suas dinâmicas de funcionamento; como apresentar questões e comunicar no conselho.
10) Distinção entre o bem público e o privado, o patrimonialismo como traço da cultura política; moral e ética na vida humana associada.

No primeiro trimestre de 2012, uma síntese do Plano de Educação Permanente e um questionário com as 10 categorias temáticas acima pautadas foram encaminhados a cada conselho local de saúde, para que agregassem outros temas ou demandas que julgassem pertinentes e manifestassem sua adesão à proposta.

O retorno dos questionários preenchidos levou a equipe de Educação Permanente dos conselhos de saúde da secretaria a decidir começar o processo educativo pelo tema “Como elaborar um planejamento do conselho, estabelecer prioridades, realizar um diagnóstico local?”, formulando conjuntamente com os conselhos solicitantes o seu Plano de Ação 2012-2013, mediante a utilização de uma metodologia e de uma matriz de planejamento, avaliação e monitoramento participativa e previamente pactuada.

De maio a dezembro de 2012, foram elaborados os Planos de Ação de 13 conselhos locais de saúde, envolvendo em torno de 200 pessoas, cabendo reiterar a relevância da parceria com o Departamento de Administração Pública, do Centro de Ciências da Administração e Socieconômicas (ESAG), UDESC, por meio, particularmente, de seus professores, essencial para a criação da metodologia de planejamento com os conselhos locais e, também, para a realização conjunta de cursos para Multiplicadores do Planejamento, levado a cabo, numa primeira versão, em outubro e novembro de 2012, contando com a participação de 25 representantes dos conselhos locais de saúde.

Em 2013, mais três conselhos locais elaboraram seus planos e, em junho, foram realizados dois outros cursos: um de formação de Multiplicadores do Planejamento, em duas

tardes de oficinas, e outro, de Qualificação para o Monitoramento e Avaliação dos planos já elaborados.

Considerações finais

Percebe-se que os saberes e recursos requeridos pontuados pelos conselheiros e representantes comunitários são amplos, convergentes em aspectos relevantes e colocam a um processo de Educação Permanente o desafio de viabilizar a capacidade de desenvolvimento e potencialização desses saberes para incorporá-los às competências dos conselheiros.

Para atuar nas diferentes situações que irá enfrentar enquanto "gestor" do conselho, o conselheiro deverá aproximar os saberes por ele percebidos como necessários para a sua ação às orientações propostas pela legislação e pelas normativas do próprio Conselho Municipal. A junção dos saberes individuais identificados pelos conselheiros e representantes e dos indicativos e atribuições prescritas na legislação forma um conjunto de competências necessárias para a atuação dos conselheiros nas situações complexas decorrentes do papel que lhes cabe desempenhar, eivadas de interesses heterogêneos e, muitas vezes, contraditórios.

Os conselheiros que participaram da investigação, de forma geral, entendem a capacitação como um processo contínuo de aprendizagem e valorizam a troca de experiências e as articulações com outros conselhos e entidades comunitárias como um dos mecanismos para essa aprendizagem. Tanto que, na elaboração de seus planejamentos, ações e metas pertinentes ao alcance desses objetivos têm sido traçadas.

Se concordamos com Avritzer que as decisões políticas são resultado da disputa entre o processo público de deliberação e o sistema político, a qualificação dos conselheiros, em geral, e dos conselheiros locais, em particular, é condição para o fortalecimento da participação social e da vigilância sobre a gestão pública.

A investigação aqui brevemente retratada, ainda que circunscrita a uma amostragem exploratória e movida pelo desejo de técnicos municipais (e de seus interlocutores das universidades) de capturar e incorporar o olhar dos próprios destinatários das políticas públicas de saúde, abriu canais de melhor interlocução entre os representantes comunitários e os gestores governamentais. Como ela havia sido inserida no Projeto de Capacitação dos conselheiros, em um dos cinco grupos de processos de gerenciamento de projetos, conforme preconizado pelo Guia PMBOK (PMBOK, 2008), sua efetiva realização cumpriu também o papel de respaldá-la como uma boa prática, apropriada para o planejamento e gestão estratégica das políticas municipais de saúde de Florianópolis.

Com todas as dificuldades de mobilização das comunidades para a participação social e política constatadas pelos conselheiros, os resultados das inúmeras reuniões de planejamento que se sucederam a esta pesquisa têm sido estimulantes, especialmente pela possibilidade que tais oficinas vêm propiciando de gerar uma maior visão de conjunto nas equipes de conselheiros e representantes e de fortalecer o conselho enquanto instância dotada de um mandato perante a comunidade que representa.

A experiência ainda está em andamento, inclusive sendo paulatinamente expandida a outros conselhos locais de saúde, mas já se pode perceber como resultados: um alinhamento de objetivos e esforços dentro dos conselhos locais de saúde; um reforço da motivação dos conselheiros e dos representantes comunitários participantes; uma maior disposição dos profissionais de saúde que compõem os conselhos para uma participação mais ativa, inclusive apoiando a alteração dos horários das reuniões ordinárias dos conselhos para períodos noturnos, com o intuito de agregar maior número de moradores e usuários das comunidades.

Entretanto, experiências de fortalecimento da atuação dos conselheiros locais de saúde demandam a preservação da motivação desencadeadora e o monitoramento da execução dos planos de ação elaborados, mediante a avaliação contínua das ações e metas traçadas.

E para que esses mecanismos não se exaurissem, era necessário que o Conselho Municipal de Saúde (CMS) assumisse e catalisasse esse processo, tanto por meio da criação de um corpo técnico próprio, quanto de um papel mais ativo da Comissão de Acompanhamento dos conselhos locais, o que começou a se configurar a partir de algumas mudanças implementadas ao longo deste ano (2013). Entretanto, sua efetivação requer ainda sólidas decisões políticas e pressão dos próprios conselheiros municipais e locais sobre o governo municipal.

Evidentemente que, enquanto conselho gestor, o CMS não está desatrelado da estrutura governamental da secretaria, mas a apropriação de parcelas concretas de poder por um conselho local aqui, outro ali, mesmo pequenas e colidindo com os pilares centralizadores e patrimonialistas de nossa cultura política, deve ser buscada como potencialidade de ampliação de seus espaços político-sociais e de uma prática instituinte de uma nova relação Estado-sociedade.

Nessa medida, quando os conselhos locais possibilitam aos destinatários das políticas de saúde adentrarem no Estado, eles passam a exercer um papel de protagonismo cívico e de uma força coletiva imbuída de um novo jeito de fazer política pública. Em outros termos, tornam-se coprodutores do bem público, num jogo dialógico que pode se expandir bem além do campo da saúde pública, já multifacetado por natureza.

LOCAL HEALTH COUNCILS AS NEW SOCIAL MEDIATORS: A COLLECTIVE FORCE IN THE PRODUCTION OF PUBLIC ASSET?

ABSTRACT: This excerpt portrays an exploratory study using the focal groups technique designed to assess stakeholder's and local health councilor's perception on the knowledge and essential skills needed for the exercise of their work. The results of this study are intended to support the formulation of local health councils Continuing Education Plan in Florianopolis, Brazil. The decision to contribute to enhancing social participation in the proposal, discussion sessions, monitoring and deliberation meetings, evaluation discussions and throughout policy implementation control sessions was used as input by the Municipal Health Secretary of Florianopolis to forge its Continuing Education Plan during 2012 and 2013. The systematization of the results extracted from the research generated themes that were encamped in the ongoing training of local health counselors, signaling the scripts to be covered by the plan. Until the end of the current year the ongoing evaluation of the implemented processes will be performed by new research and monitoring procedures.

KEYWORDS: Local health councils. Competences. Community participation. Continuing education.

REFERÊNCIAS

AVRITZER, L. Teoria democrática, esfera pública e participação local. **Sociologias**, Porto Alegre, ano1, n.2, p.18-43, 1999.

CHAVES, E. O. C. **A pedagogia de projetos de aprendizagem**: a pedagogia de projetos e a grade curricular tradicional. 2001. Disponível em: <http://4pilares. net/text-cont/chaves-projetos.htm>. Acesso em: 12 nov. 2011.

GOHN, M. da G. Conselhos gestores na política social urbana e participação popular. **Cadernos Metrópole**, n.7, p. 9-31, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília, 2006. (Série B, Textos em Saúde).

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 12 nov. 2011.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Resolução nº 010**, de 18 de março de 2008. Criação, implantação e funcionamento dos conselhos locais de saúde de Florianópolis. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://cms.pmf.sc.gov.br/?p=documentos&tipo=resolucao&ano=2008>. Acesso em: 12 nov. 2011.

JAEGER, W. **Paidéia:** a formação do homem grego. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência dos profissionais.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa:** o debate orientado como técnica de investigação. 2002. Trabalho apresentado ao 13º Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Ouro Preto, nov. 2002.

PMBOK. **A guide to the project management body of knowledge**. 4th ed. United States, 2008. Project Management Institute (PMI).

RAQUEL, I.; FEUERSCHÜTTE, S. G.; ALPERSTEDT, G. D. **Competências em unidades de conservação:** um estudo junto aos representantes da população tradicional no conselho gestor de uma reserva extrativista de pesca artesanal. 2008. Trabalho apresentado ao Encontro de Administração Pública e Governança, Salvador, nov. 2008.

SIGLAS:

SUS: Sistema Único de Saúde;
CMS: Conselho Municipal de Saúde;
CIB: Comissão Bipartite;
PMI: Project Management Institute;
UDESC: Universidade do Estado de Santa Catarina;
UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina;
SMS: Secretaria Municipal de Saúde;
SISREG: Sistema de Regulação;
UPA: Unidade de Pronto Atendimento;
ESF: Estratégia de Saúde da Família;
PET: Programa de Educação pelo Trabalho;
PSE: Programa de Saúde do Escolar;
PPA: Plano Plurianual.