

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO  
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

DANIELA WITTER SOARES

CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: UM ESPAÇO PARA EDUCAÇÃO  
NÃO FORMAL EM SAÚDE

Ribeirão Preto  
2018

DANIELA WITTER SOARES

CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: UM ESPAÇO PARA EDUCAÇÃO  
NÃO FORMAL EM SAÚDE

Dissertação apresentada à Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

**Orientadora:** Profa. Dra. Silvia Sidnéia da Silva

Ribeirão Preto  
2018

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico  
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

S676c Soares, Daniela Witter, 1964-  
Conselho local de saúde: um espaço para educação não formal  
em saúde / Daniela Witter Soares. - - Ribeirão Preto, 2019.  
97 f.: il.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr. Sílvia Sidnéia, da Silva.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,  
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2019.**

1. Educação em saúde. 2. Representação social. 3. Sistema  
Único de Saúde. I. Título.

CDD 610

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Daniela Witter Soares

Conselho Local de Saúde: um espaço para educação não formal em saúde

Dissertação apresentada à Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

**Orientadora:** Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva

Data de Defesa:

Resultado: \_\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva  
Instituição: Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

---

Profa. Dra. Dionéia Motta Monte Serrat  
Instituição: Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

---

Prof. Dr. Joab Jefferson da Silva Xavier  
Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho a todos os usuários do Sistema Único de Saúde que foram, são e serão atendidos na UBS Nelson Barrionovo.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço de todo meu coração, aos professores: Dra. Silvia Sidnéia da Silva, Dr. Edilson Carlos Caritá, Dra. Dionéia Motta Monte Serrat, Dra. Maria José Bistafa Pereira e Dra. Eliana Mendes Teixeira Roque... pessoas especiais que me estimularam a cumprir com todas as metas para alcançar esse objetivo acadêmico.

Meu mais sincero, muito obrigada!

*Você que desceu à Terra para mais uma experiência no corpo, jamais deixou de ser  
um cidadão do Universo.*

*Sua verdadeira natureza não é desse ou daquele lugar, mas do Infinito*

*Sua casa é no coração de Todo e tudo o que vive é seu próximo.*

*Você tem cara de gente, mas seu rosto espiritual tem cara de Luz.*

*Jamais se esqueça de sua verdadeira natureza espiritual, respeite o caminho  
terrestre por onde caminhar, mas não perca o brilho estelar dos seus olhos, e não  
deixe as coisas do mundo bloquearem sua Luz.*

*Você é um cidadão do Universo. Sempre foi e será ...*

*Autor desconhecido*

## RESUMO

SOARES, D.W. Conselho Local de Saúde: um espaço para educação não formal em saúde. 97f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2018.

A participação social no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma diretriz homologada pelas Leis 8080/90 e 8142/90, trazendo a representação social para o âmbito das políticas de saúde, efetivamente, de forma deliberativa. Essa participação social traz à luz a discussão como a gestão do conhecimento deve ser feita, de maneira formal ou informal. A gestão do conhecimento no âmbito do SUS é desenvolvida por políticas de saúde que compreende a Política Nacional de Humanização, Política de Educação Permanente e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade; sendo que as duas políticas são voltadas para trabalhadores da saúde e gestores, enquanto o programa mobiliza o micro espaço de trabalhadores, gestores e usuários do SUS. Nesse contexto, esse trabalho teve como objetivo analisar a concepção da educação num Conselho Local de Saúde e seu papel educador perante a comunidade em que representa, na perspectiva dos membros. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de caráter descritivo-analítico, que utilizou a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. A entrevista constituiu-se na identificação do sujeito e questões que abordam seu entendimento sobre sua atuação no Conselho Local de Saúde (CLS). A amostra foi composta por 07 membros efetivos do CLS de uma Unidade Básica de Saúde, localizada em Ribeirão Preto/SP. O estudo revelou que o CLS é entendido como um espaço para disseminar o conhecimento no sentido de apropriar-se da educação, em sua concepção de educação não formal. O membro do CLS passa a ser educador com características de mediador do conhecimento, diante do indivíduo que os procura para adquirir o saber e, ao mesmo tempo, é o sujeito de sua própria formação, utilizando a transferência de informação com vistas à ocorrência do processo de ensino-aprendizagem por meio da linguagem verbal, informal, no cotidiano de trabalho da unidade de saúde, utilizando suas características humanas como resultado das relações homem e sociedade, pois quando o homem transforma o meio na busca de atender suas necessidades básicas, ele transforma-se a si mesmo e passam a construir uma base que garanta o desenvolvimento de ações de saúde para a comunidade onde o CLS atue.

**Descritores:** Conselho Local de Saúde. Educação em saúde. Participação Social. Representação social. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

SOARES, D.W. Local Health Council: A place for non-formal health education. 97f. Dissertation (Professional Master's in Health and Education), University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2018.

Social participation in the development of the Unified Health System (SUS) is a guideline approved by Laws 8080/90 and 8142/90, bringing social representation to the scope of health policies, effectively, in a deliberative way. This social participation brings to light the discussion of how knowledge management should be done, in a formal or informal way. The management of knowledge within the scope of the SUS is developed by health policies that includes the National Humanization Policy, Permanent Education Policy and National Program for Improving Access and Quality. Both policies are aimed at health workers and managers, while the program mobilizes the micro space of SUS workers, managers and users. In this context, this study had the objective of analyzing the conception of education in a Local Health Council and its educating role vis-a-vis the community in which it represents, from the perspective of the members. This is a qualitative, descriptive-analytical study that used the semi-structured interview as a data collection instrument. The interview was constituted in the identification of the subject and questions that address his understanding about his work in the Local Health Council (CLS). The sample consisted of 07 effective CLS members from a Basic Health Unit, located in Ribeirão Preto / SP. The research revealed that CLS is understood as a space to disseminate knowledge in the sense of appropriating education in its conception of non-formal education. The CLS member becomes an educator with characteristics of mediator of knowledge, before the individual who seeks them to acquire the knowledge and, at the same time, is the subject of his own formation, using the transfer of information in view of the occurrence of the process of teaching-learning through verbal, informal language, in the daily work of the health unit, using its human characteristics as a result of man and society relations, because when man transforms the environment in the search to meet his basic needs, he transforms and start to build a base that guarantees the development of health actions for the community where the CLS operates.

**Descriptors:** Local Health Council. Health education. Social Participation. Social representation. Healthcare System.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Roteiro das entrevistas semiestruturadas .....	42
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica do Conselho Local de Saúde da UBS Nelson Barrionovo .....	45
Tabela 3 – Tempo de participação efetiva no Conselho Local de Saúde da UBS Nelson Barrionovo .....	46
Tabela 4 – Categorias e subcategorias referentes significado do CLS, seu papel junto aos sujeitos e a comunidade, e CLS como local de educação.....	48

## LISTA DE SIGLAS

CLS	Conselho Local de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários Estaduais
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde
EACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOS	Lei Orgânica de Saúde
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PNH	Política Nacional de Humanização
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SMS	Secretaria Municipal de saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	15
1.1 JUSTIFICATIVA.....	18
1.2 PROBLEMA DE ESTUDO .....	19
1.3 OBJETIVO GERAL .....	19
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
2.1 O QUE É PARTICIPAÇÃO? .....	21
2.2 PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE COLETIVA .....	22
2.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE .....	24
2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DE SAÚDE .....	30
2.5 EDUCAÇÃO FORMAL E NÃO FORMAL.....	33
2.5.1 Espaços de Educação.....	37
3 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	40
3.1 TIPO DO ESTUDO .....	40
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	40
3.3 PARTICIPANTES DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE .....	43
3.4 COLETA DE DADOS .....	44
3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados.....	44
3.4.2 Procedimento de Coleta dos Dados.....	44
3.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	46
3.6 ANÁLISE DE RISCO E BENEFÍCIOS PARA A POPULAÇÃO ESTUDADA....	46
3.7 ASPECTO ÉTICO EM PESQUISA COM SERES HUMANOS .....	47
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	48
5 CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS.....	66
APÊNDICE 1 .....	73
APÊNDICE 2 .....	89
APÊNDICE 3.....	90
APÊNDICE 4.....	92
APÊNDICE 5.....	93
ANEXO A .....	94
ANEXO B .....	95

## **APRESENTAÇÃO**

Em meus 34 anos de atuação na área da Enfermagem, como enfermeira e gestora, meus primeiros 19 anos foram desenvolvidos junto à saúde suplementar, realizando ações de saúde na área hospitalar como enfermeira, gestora e consultora de enfermagem. Nos últimos 15 anos de atuação venho trabalhando na saúde coletiva e desses, 05 anos diretamente no pré-hospitalar e outros 10 anos como gestora local de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), desenvolvendo diretamente ações na atenção primária à saúde.

Dentro deste período de tempo (34 anos) consegui entender as diferentes facetas da atuação na área da saúde e a necessidade de os gestores em saúde desenvolverem visão quanto à ação educacional, para que as metas sejam alcançadas e consolidadas, no cotidiano das organizações de saúde. E, atualmente, as ações educacionais passaram a ser metas estratégicas e não apenas operacionais.

Como gestora de uma UBS, entendo que a atividade educacional tem que ser ação do cotidiano de todos os indivíduos que atuam na saúde coletiva, para que as metas direcionadas pela gestão estratégica do Ministério da Saúde (MS) e as metas táticas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) sejam alcançadas. A educação em saúde teve que ser repensada e em 2007, estrategicamente, o MS passa a ver a educação como uma política de saúde, através da Portaria GM/MS n. 1996 que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Ao revisar a questão da educação associada à saúde, verifica-se que os marcos da educação em saúde iniciaram em 2004 com Portaria n. 198/2004, que cria a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, baseada nas diretrizes de fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégias e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do Sistema Único de Saúde, bem como da formulação e execução das políticas orientadoras da formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor, mediante o entendimento de que a educação permanente é um conceito pedagógico para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações dos serviços de saúde.

Nessa lógica supracitada não pode ser dissociada da ideia da Política Nacional de Humanização, implantada em 2003, que vem para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, ou seja, educação como um processo de troca de conceitos, ideias e ações. Acresce também nesse contexto, a Portaria n. 4279/2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, que regulamenta as diretrizes da Lei n.8080.

Em 2016 normaliza-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, por meio da Portaria n. 1658/2016, que homologa a contratualização e recontratualização dos Municípios e das respectivas Equipes de Atenção Básica, Equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio a Saúde da Família, com a finalidade de reordenar o trabalho da atenção básica, através das definições de valores a serem recebidos pelo município à implementação da adesão de novas equipes vinculadas a Estratégia da Saúde da Família, estimulando financeiramente a qualificação dos trabalhadores.

Entretanto, ainda que existam Portarias e Políticas nacionais, com visão macro da importância e necessidade da Educação Permanente em Saúde, o que venho vivenciando é a constatação no cotidiano da existência de micros espaços de aprendizados, como o Conselho Local de Saúde (CLS), e que não está visivelmente incluso nessas políticas e em suas ações. Nesse contexto, e por meio do Mestrado Profissional em Saúde e Educação, tenho o interesse em verificar se o micro espaço CLS é entendido como um espaço de troca de saberes e de aprendizado efetivo em saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

Na área da saúde, a Constituição de 1988 foi um marco legítimo, que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), como de caráter público, formado por rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, sob o controle dos seus usuários (BRASIL, 1999a). A Lei 8080/90 e a Lei 8142/90 trazem mudanças no contexto de saúde, e tem como função instituir e garantir os princípios, as doutrinas e as diretrizes do SUS, além de desenvolver, acerca dos espaços públicos garantidos, a participação social da população, seja nos conselhos de saúde e nas conferências de saúde (BRASIL, 1990b).

A participação no SUS é retratada sob uma perspectiva do controle social, que é descrito pela Constituição Federal de 1988 como a participação da população na elaboração, fiscalização e implementação das políticas sociais (BRAVO; MATOS, 2012).

Historicamente, Ceccim e Ferla (2008) fazem em uma retrospectiva do movimento do setor da saúde nas décadas de 70 e 80, em que a saúde passa a ser vista como um direito de cidadania. Em um contexto ímpar, esse movimento luta por uma saúde em que a visão assistencial passa a ser uma visão de atenção à saúde, e assim emerge a reforma sanitária que deu origem a formação do atual SUS. Com a formação do SUS, a saúde coletiva e o controle social reconhecem a exigência de uma atenção integrada à saúde, à assistência e à prevenção centrada nos adoecimentos ou agravos de saúde e da promoção de saúde por políticas específicas.

O quadrilátero da formação tem como finalidade reunir o ensino, a atenção, a gestão e o controle social em saúde como um processo de reflexão e construção de inovações para saúde com caráter de educação permanente, ou seja, uma gestão integrada no cotidiano do SUS. Essa ideia de quadrilátero da formação faz uma ligação orgânica entre o ensino, trabalho e cidadania, pensando a cidadania como controle social, práticas participativas, movimentos populares e ligações com a sociedade civil, e é sancionada a lei 8.142/90 que prevê a formação dos conselhos de saúde, pois 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.

A Lei 8.142/90 valida dois instrumentos a favor da sociedade, representados pelas Conferências de Saúde, que têm como finalidade avaliar e propor diretrizes de política de saúde nas três esferas do governo e pelos Conselhos de saúde, que constituem instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo, com composição paritária entre representantes dos segmentos de usuários, de gestores privados e públicos, e de trabalhadores de saúde (BRASIL, 1990b).

Wendhausen e Caponi (2002) consideram que a 8ª Conferência Nacional de Saúde trouxe o controle social como uma conquista para um modelo democrático de saúde, entendido aqui como participação do usuário no controle e na avaliação das políticas e ações de saúde, através dos Conselhos de Saúde que passam a ser os principais órgãos de controle social junto ao SUS e aos serviços de saúde, sendo a ele vinculados.

Conselhos de saúde são espaços de representação e participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas do setor. Essa representação é garantida pela Lei Orgânica de Saúde (LOS) e tem como finalidade atuar na formulação das estratégias e no controle da execução das políticas de saúde (BRASIL, 2003).

Segundo Goulart (2010), a participação social, bem como o controle social na área da saúde, no Brasil, são processos que ainda estão em construção e devem ser vistos de maneira a promover essa participação e controle. A participação e o controle são feitos pelo Conselho Local de Saúde (CLS), que é o espaço de discussão e participação mais próximo da comunidade, e o empoderamento de seus membros traz mobilização e promoção de grupos e comunidades em busca de autonomia e crescimento de uma visão crítica da realidade social local. A consolidação desse espaço coletivo participativo corrobora com a visão prevista pelo Pacto pela Saúde promulgado em 2006, que apresenta uma ideia de necessidade de repolitização e retomada dos princípios da Reforma Sanitária como política de saúde (GUILHERME et al., 2012).

Tomando como referência a Constituição Brasileira, Lacerda e Santiago (2007) citam que a participação popular é um direito social garantido como um dos princípios essenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), representando a materialização do processo de redemocratização do Brasil tanto no âmbito da

política de saúde quanto em todas as demais políticas públicas. A conscientização passa a ser um elemento importante no processo de construção do direito de cidadania, e a participação popular é o mecanismo efetivo desse direito.

Nessa perspectiva supracitada, a construção social do direito à saúde é um exercício de cidadania e, portanto, no micro espaço de relação entre usuário SUS, profissionais de saúde e conselheiros de saúde (CLS) ocorre a possibilidade de se concretizar as conquistas no plano legal, ou seja, torna-se o lugar onde se planeja ações, novas leis são sugeridas e solicitadas junto aos legisladores, e a conquista se faz com a publicação da nova lei.

A participação dos conselhos de saúde inicia uma nova institucionalidade, assim ocorre uma nova forma de participação política na área da saúde, que inclui novos sujeitos sociais (usuários) na esfera pública. E esse processo de democratização da sociedade brasileira amplia esse espaço de discussão e dá visibilidade ao confronto da cultura política tradicional e a democrática (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

Segundo Tatagiba (2015), os conselhos nos processos de implantação da política não podem ser ignorados, pois apesar de não terem poder efetivo para decidir as políticas públicas, têm o poder de vetar as decisões do governo. Esse papel fiscalizador é importante, mas o caráter deliberativo é primordial para a democratização das políticas públicas e para a divisão do poder de decisão (TATAGIBA, 2005).

Os conselhos traduzem uma inovação, uma vez que as políticas de saúde passam a ser discutidas publicamente e possibilitam a inclusão das demandas populares dos usuários do SUS, o que, entendemos, viabiliza a formação de uma relação democrática entre o Estado e a sociedade civil (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010). Essa construção tem mais de duas décadas, e o processo de institucionalização da participação e do controle social das políticas públicas de saúde tem um histórico em que se acumulam as relações Estado-sociedade, cabendo à sociedade estabelecer as práticas de vigilância e controle do Estado (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

Os Conselhos Locais de Saúde apresentam-se como locais informais e menos burocratizados cuja dinâmica aproxima o Conselho Municipal de Saúde com o bairro, no sentido de promover a participação, a elaboração de propostas para

políticas de saúde e a contribuição de tomadas de decisões (SOUZA; KRÜGER, 2010).

Dentro desses princípios e ideias, o Conselho Local de Saúde passa a ser entendido como foro de negociação e deliberação, tornando-se um espaço de troca de saberes formais e informais. Sendo assim, segundo Gohn (2006), a importância da educação não formal se dá por estar voltada para o ser humano como um todo, e complementa as programações específicas da educação formal, articulando as com a comunidade educativa. Cascais e Fachin-Terán (2013) reafirmam essa ideia e ressaltam que a educação não formal tem seus objetivos próprios, pois o espaço em que se realiza sua prática traz à tona formas diferentes de condução.

A implementação dessa troca de saberes deve ser baseada nas políticas de saúde de caráter pedagógico, que incluem a Política Nacional de Humanização (PNH), a Política de Educação Permanente (PNEPS) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Segundo Pinto e Ferla (2015) existem desafios nessa implementação, pois existe uma singularidade local dos municípios e das equipes neles atuantes (profissionais e usuários) quanto à priorização dos temas.

Os sujeitos locais analisam a realidade, negociam e pactuam prioridades para a ação de mudanças das práticas de atenção, gestão, educação e participação, o que faz do PMAQ uma possibilidade em que os municípios constroem instrumentos que resolvem os problemas e atendem suas necessidades, potencialidades e interesses. Essa construção possibilita reinventar o PMAQ no âmbito municipal, combinando sua política de desenvolvimento local e da atenção básica.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Em função da importância da participação social na gestão do Sistema Único de Saúde, esse trabalho vem possibilitar aos atores sociais do micro espaço de aprendizagem do Conselho Local de Saúde, de uma Unidade Básica de Saúde, trazer para o consciente do membro efetivo deste conselho a importância de seu papel de educador dentro da comunidade em que representa.

## 1.2 PROBLEMA DE ESTUDO

Ao analisar a diretriz da participação da comunidade definida pela Lei no 8.142/90 (que cria o Conselho de Saúde como instância colegiada do SUS em cada esfera de governo, sendo seu funcionamento uma das condições para repasse de recursos financeiros federais aos estados, Distrito Federal e municípios), a participação da comunidade ganha nuances de participação política, como tomada de decisões sobre a política de saúde, conquistando um caráter deliberativo para conselhos. Essa prática envolve um processo de ensino e aprendizagem, que garante a efetividade do caráter deliberativo.

O papel educador não está, porém, explicitado no corpo da Lei no 8.142/90 e a atuação dos membros dos conselhos de saúde não tem alcançado a sua própria afirmação nessas instâncias como espaço de deliberação e de autonomia.

Assim, há inquietação quanto ao estabelecimento da participação social em Conselho Local de Saúde de uma Unidade Básica de Saúde como educação não formal e quanto ao fato de os participantes poderem ser considerados ou não multiplicadores dessa educação?

Frente ao exposto, acredita-se que se deve investir no desenvolvimento do grau de compreensão desses indivíduos que atuam na esfera do conselho local de saúde quanto à sua percepção do papel educador num espaço de colegiado, e assim, pode-se garantir a participação efetiva deles na política de saúde do município.

## 1.3 OBJETIVO GERAL

Analisar a concepção da educação num Conselho Local de Saúde e seu papel educador perante a comunidade em que representa, na perspectiva dos membros.

## 1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os participantes de um Conselho Local de Saúde de uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto/SP;

Analisar o entendimento dos membros de um Conselho Local de Saúde sobre a definição e papel do Conselho Local de Saúde;

Discorrer sobre educação formal e não formal nos diversos espaços educacionais;

Compreender o entendimento do participante do Conselho Local de Saúde quanto ao Conselho ser espaço de ensino aprendizagem no campo da educação em saúde e sua responsabilidade como educador em saúde.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O QUE É PARTICIPAÇÃO?

Para Bordenave (1983), a participação pode ser definida em duas categorias: a micro e a macro participação. A microparticipação é uma associação voluntária de duas ou mais pessoas numa atividade comum, em que elas não pretendem tirar benefícios pessoais e imediatos. Já a macro participação compreende a intervenção das pessoas nos processos dinâmicos que constituem ou modificam a sociedade. As duas esferas de participação são importantes para o processo construtivo da sociedade participativa, além de ser um processo de aprendizagem e de fortalecimento da população.

Em relação ao motivo da participação, Bordenave (1983) divide em duas categorias, sendo a primeira: a afetiva, que compreende a ação participativa como um prazer coletivo, e a segunda abarca a eficácia e eficiência da ação coletiva. Quanto aos tipos de formação, classifica como participação de fato, participação espontânea, participação imposta, participação voluntária, participação provocada e participação concedida.

Para Laval (2011), participação é uma categoria nativa da prática política de atores sociais, bem como uma categoria teórica da teoria democrática com pesos variáveis dependendo das vertentes teóricas e dos autores que a define, logo é um procedimento institucionalizado com funções delimitadas por leis e disposições regimentais. Assim, define se a participação é um valor em si ou uma causa de efeitos desejáveis.

Segundo Alves (2010), a importância da interação é percebida no campo da psicologia por Vygotsky no sentido que enfatiza a dialética entre sociedade e o indivíduo. Este processo é fundamental para a interiorização do conhecimento, que é gerado e construído conjuntamente com uma ou mais pessoas, exatamente porque se produz e há um fluxo de ideias, seja nas dimensões casual, isolada ou intencional. Tal prática possibilita a criação implícita de uma rede, uma relação colaborativa ou cooperativa, que pressupõe questionamentos que transcendem o processo de conhecer e efetiva o conceito de participar.

Na Ciência Cognitiva, autores como Matusov; White e Rogoff (1996) buscam o conceito participativo dentro de um sistema sociocultural e usam o termo '*open collaboration*' para descrever um tipo de trabalho compartilhado, entre duas ou mais pessoas, com princípios de obter conhecimento e aprendizado em um ambiente seguro aos participantes. Para os autores, este conceito busca uma atividade comum entre membros de uma comunidade que desenvolvem metas gerais para resolver situações locais, impulsionado por "esforços, respeito e integração".

## 2.2 PARTICIPAÇÃO POPULAR NA SAÚDE COLETIVA

Ao considerar a educação em saúde na perspectiva da cultura e da participação popular, Sousa e colaboradores (2008) entendem que o processo de mudança de comportamento torna-se um ponto chave para que os elementos que compõem as relações entre saúde/doença conduzam a ações favoráveis à saúde e à qualidade de vida. Sendo assim, a abordagem da cultura e da participação popular tornam-se mais abrangentes na elaboração de novas ações e programas voltados para educação em saúde.

Dentro dessa perspectiva devemos definir a ideia de participação popular, que para Sousa e seus colaboradores (2008) é a soberania popular para além do Estado, a qual introduz o conceito de interesse comum a todos, ou seja, um conjunto de pessoas com um objetivo comum em prol de uma ação que é de responsabilidade do Estado.

Para Cruz e colaboradores (2012), a força social da participação popular é um direito que permite ao cidadão elencar prioridades e sugerir ações nos serviços públicos de saúde, fazendo com que as construções de políticas de saúde sejam alavancadas para a promoção da saúde.

A participação da população nos diversos foros de decisão no Brasil tem sido de interesse de vários estudiosos, sendo Pessoto, Nascimento e Heimann (2001), autores que apontam que esse assunto se iniciou na década de 70, devido aos movimentos populares da época, e na década de 80, se manteve com uma vasta literatura, por ter o fenômeno jurídico da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, a definição de que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado.

Bianchi e Nicolau (2017) entendem que a relação entre o Estado e a sociedade civil tem, como fator determinante para a análise da democracia, a

cultura. A “cultura” compreende os aspectos da vida humana, através da dinâmica cultural, da expressão da política, da ética e da moral, e faz com que essa cultura determine as ações do Estado. Assim os espaços de participação popular tornam-se um caminho palpável para legitimação das expressões culturais.

A cultura passa a ter uma conotação política, construindo a ideia da cultura política na sociedade, e atualmente identifica as relações democráticas de respeito, pluralidade e noção de direito de cidadania. Na análise do segmento da cultura política fica clara que o processo de democratização da sociedade amplia a esfera pública e dá visibilidade para o embate entre a cultura política tradicional e democrática, trazendo o papel do conselheiro de saúde. Ele tem as funções de fiscalizar o funcionamento e aplicação dos recursos financeiros do sistema de saúde, deliberar as prioridades e políticas de saúde; opinar e avaliar os convênios realizados com o gestor de saúde, e assim, trabalhar para garantir que o Estado não transgrida a legislação vigente. Efetivamente, a participação popular nos conselhos de saúde tem uma compreensão limitada de seus conselheiros quanto às próprias atribuições. Isso faz com que haja assimetria de conhecimentos e resulte numa fragilização do controle social (BIANCHI; NICOLAU, 2017).

Bava (1994) entende que a participação popular como uma intervenção periódica, refletida e constante nas decisões das políticas públicas que torna os movimentos populares efetiva participação popular para ocupar os espaços institucionais. Dentro dessa concepção, Benevides (1994) explica que a participação popular é fruto de uma cidadania ativa, a qual define o cidadão como o portador de direitos e deveres, e essencialmente, criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.

Nesse contexto, participação popular compreende a questão dos direitos de construção do direito à saúde como exercício de cidadania. Portanto, esse processo está contido no micro espaço das relações entre usuários, profissionais e conselheiros de saúde (LACERDA; SANTIAGO, 2007).

A participação popular em saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) traz ao controle social grande relevância social e política, e garante que a população participe do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. A institucionalização de espaços de participação da comunidade no cotidiano do serviço de saúde é reconhecida pela Lei Orgânica de saúde de nº 8.142/90, que regulamenta os conselhos e as conferências de saúde. Nessa situação ocorre a

transferência de poderes a seus representantes, e o cidadão define seu papel de participação da sociedade nas decisões sobre as políticas públicas, respondendo aos interesses coletivos (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

### 2.3 PARTICIPAÇÃO SOCIAL E CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A participação social não pode ser confundida com participação popular, apesar de possuir uma estreita relação e relevância para o desenvolvimento da sociedade, há necessidade de diferenciá-las e contextualizá-las. A participação social compreende a representação popular nos órgãos gestores, e tem como objetivo influenciar na formulação, execução, fiscalização e evolução das políticas públicas e dos serviços básicos na área social (SOUSA et al., 2008).

A participação social teve seu início na metade do século XX a partir dos processos micro políticos e locais. Após esses processos os movimentos se tornam mais complexos bem como a sociedade, que passa a se comportar em razão da reivindicação do povo. Com a redemocratização do Brasil na década de 90, a consolidação do conceito de participação social é assegurada pela Constituição Federal de 1988 (GOULART, 2010).

O controle social passa ser discutido com ênfase, e um novo paradigma de saúde é criado, incluindo o coletivismo, a integração da promoção, a prevenção e a restauração da saúde, pois a participação social vigente no país, através dos conselhos deliberativos e paritários apresentam dificuldades tais como: predomínio de aprovações por votação e não por consenso; baixa oferta de conselheiros, pouca capacitação dos conselheiros, espaço de representações corporativas, tais como portadores de deficiência, trabalhadores da saúde e prestadores, ficando os representantes de usuários comuns enfraquecidos; pautas induzidas por gestores sob a forma de pacotes; objetivos específicos e não coletivos e inexistência de projetos próprios para a saúde (GOULART, 2010).

As dificuldades citadas anteriormente geram um relativo distanciamento dos representantes dos cidadãos, por não encontrarem canais de expressão no plano concreto das ações de saúde, e tornam os conselhos estâncias paraestatais e não espaços de controle da sociedade sobre Estado. Esses espaços representativos de obrigatoriedade legal não garante a conscientização dos cidadãos e dos

governantes no que se trata de democratização das decisões, colocando o controle social de fato e de direito como um simples homologador do poder local dos gestores (GOULART, 2010).

Esse controle passa a corresponder à compreensão da relação Estado-sociedade, em que cabe à sociedade o estabelecimento de práticas de vigilância e controle sobre o Estado. A participação social caracteriza-se pelo desempenho associado a fatores socioculturais históricos como falta de tradição participativa e de cultura cívica no país, tradição autoritária do Estado e a cultura política dominante, fatores que são visíveis nos conselhos, como as dificuldades relacionadas à fragilidade da vida associativa, a impermeabilidade à participação e a defesa de interesses corporativos e dirigidos a um determinado grupo (OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

Dentro do processo histórico da efetivação do controle social há que se falar do marco que levou à amplificação da organização popular e à criação de novos atores sociais que instituíram novas demandas para o Estado. Surgiu, assim, o movimento da Reforma sanitária. Esse movimento vem produzir um novo conhecimento para solucionar as causas populares e materializar uma nova forma de se fazer saúde no Brasil (MARTINS et al., 2008).

O resultado dessa nova práxis está consolidado pela Constituição Brasileira de 1988. O texto constitucional relativo à seguridade social de saúde coloca na pauta da agenda nacional a participação e o controle social do sistema de saúde. Com isso, coloca em xeque a viabilidade efetiva da construção social. Nesse contexto, o processo de criação dos conselhos de saúde no Brasil passa a ser elemento fundamental para materialização dos princípios do SUS e esse processo passa a ser regulamentado pelas leis orgânicas 8080 e 8142. Diante dessa realidade, os conselhos de saúde são reconhecidos, e se tornam um direito universal garantido pelo Estado (MARTINS et al., 2008).

A 8ª Conferência Nacional em Saúde (CNS), em 1986, teve como tema “Democracia é Saúde” e constituiu-se em fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida. Era um momento chave do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da afirmação da impossibilidade de dissociar a garantia da saúde como direito social irrevogável, da garantia dos demais direitos humanos e de cidadania. As Conferências foram ampliando o conceito de saúde, cada vez mais entendido

como resultante das condições de vida. E neste mesmo ano, aconteceu um evento que veio mudar totalmente o conceito de saúde no mundo, apontando para horizontes mais amplos também para a área educacional. Foi realizada em Ottawa (Canadá) a I Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, onde se discutiu principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, e na Carta de Ottawa, a saúde foi apresentada como um conceito positivo, como um recurso para a vida, para o desenvolvimento pessoal, econômico e social; a qualidade de vida como um objetivo a ser atingido, pressupondo, para isto, a promoção de várias políticas públicas para a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, tão necessários em âmbito nacional e internacional (MAINARD; PEREIRA; PELICIONI, 2013).

No ano de 1990, é promulgada a Lei 8142, que certifica aos conselhos de saúde as atribuições de atuar como cogestão do SUS nas três esferas de governo. Isso dá a eles poderes para interferir na formulação das estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. A composição desses conselhos deve ser dada por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. A participação do usuário tem como objetivo viabilizar sua atuação nas deliberações de políticas e programas de saúde, e fiscalizar as ações das autoridades gestoras locais (MARTINS et al., 2008).

Onze anos depois da Carta de Ottawa e sete anos da Lei 8142, realizou-se a IV Conferência Internacional para a Promoção da Saúde em Jacarta (Indonésia, 1997), onde se discutiu a Promoção da Saúde no Século XXI, e considerou a saúde como uma ação que devesse ser efetuada pelo povo e com o povo, através do aumento de investimentos e expansão de parcerias com o setor privado. Enfatizou-se a importância do empoderamento por parte da sociedade, e esse empoderamento deveria vir acompanhado da participação ativa da população, paradigma da Promoção da Saúde, que só será viabilizado por meio da educação em saúde, enquanto processo político de formação para a cidadania ativa, preparando os indivíduos e/ou grupos para assumirem o controle e a responsabilidade sobre sua própria saúde, entre outros objetivos. Na V Conferência Internacional para a Promoção da Saúde no México (2000), buscou-se maior equidade para a saúde. Consideraram que deveria haver maior investimento, principalmente na educação, para que as ações desenvolvidas pela sociedade, a

nível local, regional e nacional, pudessem reverter a favor da saúde. (MAINARD; PEREIRA; PELICIONI, 2013).

A X Conferência Nacional de Saúde propôs que as Secretarias Estaduais de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde das Capitais devessem implantar e manter técnica e financeiramente escolas de formação, com autonomia e integradas aos respectivos Conselhos de Saúde, bem como às respectivas Secretarias de Educação e às universidades. Esta Conferência destacou a importância da ligação da formação dos recursos humanos em saúde afetando os Núcleos de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva com as instâncias de representação dos gestores de saúde como os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e de Secretários Municipais de Saúde – Conass e Conasems e Conselhos Estaduais de Secretários Municipais de Saúde – Cosems, denotando o esforço de constituir uma política de desenvolvimento e formação que diga respeito às universidades e aos gestores em saúde e venha fortalecer o Sistema Único de Saúde (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Atualmente existem Escolas de Saúde Pública que desenvolvem recursos humanos para garantir profissionais voltados ao SUS, mas não temos legislação para a formação dos conselheiros das três esferas de poderes. Lembrando que a IX Conferência Nacional de Saúde, surgiu a proposição de apoio aos sistemas de avaliação do ensino que valorizem a integração escola-comunidade e a formação humanística. Cabe destacar que a integração ensino-serviço foi recuperada com a inclusão da “comunidade”, a partir da importância que se passou a dar ao controle social, permitindo que falemos em integração ensino-serviço-controle social, mas apenas pensando no controle social (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2002).

Dois grandes interfaces de relação educativa entre os serviços de saúde e a população estão presentes no contexto da saúde. A primeira são os grandes meios de comunicação de massa e a convivência cotidiana dos profissionais com a população nos serviços de saúde. A segunda ocorre na medida em que permite um contato muito próximo entre os vários atores envolvidos no processo educativo, que proporciona um rico aprendizado dos caminhos de uma educação em saúde que respeite a autonomia e valorize a criatividade dos educandos. Nesse sentido, os conhecimentos construídos nessas experiências mais localizadas são fundamentais para o norteamento das práticas educativas nos grandes meios de comunicação de massa, se o objetivo é uma metodologia participativa. É preciso superar a atual

situação, em que as grandes campanhas educativas em saúde são organizadas por grandes empresas de comunicação muito pouco articuladas com o cotidiano de relação entre os profissionais de saúde e a população (VASCONCELOS, 2004).

E novos desenhos políticos e institucionais de disseminação e apreensão dos saberes ditos populares, qualificado como Educação Popular, tem como atributos fomentar resoluções concretas às demandas apresentadas pela população. E esse processo se dá a partir de abordagens participativas, enaltecidas de um saber-fazer coletivo e solidário, e deve ser concebido como uma estratégia de efetivação do SUS (PINHEIRO, 2004).

Goulart (2010) aponta que os dilemas do processo de participação social dentro do sistema SUS pode ser elenca aos três poderes a serem desempenhados pelos conselhos de saúde, a saber: o poder deliberativo que nada mais é que o poder de decidir o que fazer (mas na prática observa-se que os conselhos não tomam decisões autônomas e dotadas de capacidade de transformação das políticas de saúde). As deliberações dos conselhos se deparam com o dever da homologação do Poder Executivo, que tem a lei de responsabilidade fiscal como instrumento definidor de gastos, tornando-se o verdadeiro tomador de decisões. A paridade tomada como igualdade, semelhança ou o fato de ser parecido não chega a ser uma constante nos conselhos e não é autorregulada. E, por último, a autonomia, assegurada pela Resolução nº 333 (2003), que tem como diretriz os governos garantindo-lhes a autonomia (para o pleno funcionamento dos conselhos de saúde), dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa. Nessa direção, fica certa dúvida visto que eles fazem parte do poder executivo e são por esses regulados.

O autor ressalta ainda que há tendências percebidas no cenário de participação social, ou seja, a autonomização, elevando a expectativa social de que os conselhos seriam um quarto poder; a plenarização, transformando os conselhos em fóruns de debates e nem sempre com a participação do Estado, o que não estaria de acordo com a lei; a parlamentarização, que cria grupos partidários e ideológicos, tornando o método de votação uma maneira de tomar decisão afastando o consenso dos conselheiros; a profissionalização e a autorregulação.

Cotta e colaboradores (2011) descrevem em seu trabalho que o desconhecimento e a falta de envolvimento dos conselheiros no processo de gestão em saúde permitem que os detentores do poder político local exerçam maior

controle no desempenho do Conselho de saúde, e esses conselhos necessitam de mais educação política, vocalização e visibilidade. Para que isso ocorra, é preciso que haja cidadãos conscientes de seus direitos e deveres no processo de construção do SUS, o que se dá por meio de uma consciência crítica, para que desenvolvam o papel que lhes é de direito. Por fim, vale evidenciar que o empoderamento da população permitirá uma nova distribuição de deveres e direitos entre o Estado e a sociedade; redefine a questão da participação, pois essa participação se torna um pré-requisito institucional e político para a definição das políticas de saúde almejadas.

Almeida e Tatagiba (2012) afirmam que os Conselhos apresentam baixo poder de participação, o que está ancorado na frágil relação institucional e societária, onde disputas internas são travadas. Isso à limitação de seu poder de conformação das políticas setoriais e, conseqüentemente, à fragilização de sua capacidade de democratizar as políticas públicas. Há uma necessidade de reordenar o funcionamento desses conselhos para a democratização da gestão pública, para que não mais configure um espaço de disputas de interesses corporativos das comunidades de política.

A construção da participação social em nível local está na formação do Conselho Local de Saúde (CLS) que é espaço de participação social mais próximo da comunidade, e é o primeiro onde as necessidades dos usuários podem se manifestar. O CLS tem o potencial de articular com os outros níveis de participação deliberativos da política de saúde (Conselho Municipal de Saúde). Apesar de o CLS não estar previsto, a Lei 8142, em seu § 5º do artigo 1º, cita que os conselhos terão sua organização e normas de funcionamento definidas para exercício do controle social em outros espaços, além das esferas Federal, Estadual e Municipal. Assim o CLS pode ser estratégia e braços do Conselho Municipal de Saúde, com a finalidade de ampliar os canais de participação social. Somente na XII Conferência Nacional de Saúde, em 2003, é que se propõe a incentivar a formação e estruturação dos CLS (SOUZA; KRÜGER, 2010).

O CLS sendo um espaço mais informal e menos burocrático, pode viabilizar maior aproximação do Conselho Municipal com o bairro, no que se refere à participação, à elaboração de propostas para as políticas de saúde, e à contribuição, ou/e influência das tomadas de decisão do Conselho Municipal (SOUZA; KRÜGER, 2010).

Mielke, Cossetin e Olschowsky (2012) desenvolveram um estudo que indicou algumas dificuldades a serem superadas pelo CLS, como a ampliação das ações dos conselheiros nos aspectos macro políticos do sistema de saúde, e para isso, sugerem que se invista na sua formação. Essa formação dos conselheiros deve estar baseada nos princípios e diretrizes do SUS e centrada na perspectiva da saúde como direito de todo cidadão. A partir de uma formação com circunscrição ocorrerá a atuação de conselheiros mais críticos, reflexivos e criativos. Ressaltam os autores ainda, que o potencial existente no CLS como espaço de controle social para fortalecer os princípios e diretrizes do SUS possibilita a reinserção social dos usuários, com a finalidade de promover a saúde. Apesar das dificuldades assinaladas, deve se valorizar o CLS como uma facilidade para desenvolver ações de saúde de maneira propulsora de mudanças e transformações na qualidade de vida e de saúde da população.

Trabalhos como de Guilherme e colaboradores (2012) mostram que a formação de CLS em unidades de saúde potencializa a construção de vínculos entre profissionais de saúde e usuários, pois através de ações coletivas, e de apoio da gestão local esses espaços de participação social se consolidam e se legitimam.

A efetivação da participação nos conselhos de saúde é uma luta contínua e fundamental para que o processo de conquista cotidiana reflita os dilemas e contradições da sociedade brasileira. A participação contribui para a constituição de sujeitos políticos, formando uma nova realidade social. Trata se de um processo complexo que envolve o aprendizado tanto dos gestores quanto dos usuários e profissionais (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010).

## 2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRÁTICA DE SAÚDE

A educação em saúde cria um conjunto de saberes e práticas direcionados à prevenção de doenças e promoção da saúde. É um recurso em que o conhecimento científico é produzido e desenvolvido por profissionais de saúde, e afeta a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005).

O processo de criação do SUS trouxe um conceito ampliado de saúde gerando a necessidade de formular políticas públicas que promovem a saúde, e a

participação social na construção desse sistema torna-se fundamental. Dentre as políticas públicas verifica-se que a Política Nacional de Educação em Saúde é vista como uma ferramenta de promoção da qualidade de vida, prevenção e recuperação da saúde no âmbito da atenção primária (BRASIL, 2006).

Na área da Saúde Coletiva, percebe-se que a necessidade das conquistas do cotidiano da atuação dos serviços de saúde precisa ampliar a dimensão ética na prática de todo profissional de saúde. O primeiro delineamento da Educação em saúde é o de definir o nível de relações sociais no campo da prática dos profissionais de saúde em relação ao usuário e à instituição de saúde. A demanda dessa área está dividida em duas direções: instrumentalização em técnicas didático-pedagógicas e desenvolvimento do papel profissional (L'ABBATE, 1994).

A principal característica da Saúde Coletiva, no que diz respeito à atenção primária é a criação de equipes multiprofissionais que têm a obrigação de desenvolver um trabalho com a integralidade no atendimento do usuário. Nesse trabalho, a saúde e a educação estão intimamente articuladas e são vistas como complementares. Os profissionais de saúde devem fazer uma análise crítica das práticas do cotidiano e refletir sobre o papel de educador (FERNANDES; BACKES, 2010).

Como apresentado, partindo do pressuposto de que a educação se torna uma vertente entrelaçada à saúde, é de responsabilidade dos profissionais de saúde atender e praticar a educação em saúde como um processo educativo de construção do conhecimento em saúde, o qual deve ter em vista apropriação do tema pela comunidade. A incorporação da educação em saúde às práticas profissionais ocorre a partir da troca de conhecimentos e estabelece mais do que um ensino e uma aprendizagem, estabelece um ato de criar e transformar (FERNANDES; BACKES, 2010).

Acioli (2008) traz a ideia de que a prática educativa se concretiza em qualquer espaço de realização das práticas de saúde, no que diz respeito ao campo da saúde coletiva vinculada à atenção básica. Essa prática exige pensar a ação educativa como um eixo fundamental para a formação do profissional de saúde e exige que se identifique espaços pedagógicos capazes de incrementar essa prática. A perspectiva de potencializar a expressão do cidadão mostra que as experiências de extensão comunitária constituem espaços de construção de conhecimentos e experimentações de formas de cuidados de saúde. Sendo assim, a ação educativa

passa a ser entendida de uma forma ampliada, abrangendo momentos formais, planejados, e momentos informais, constituídos de conversas com os usuários de uma unidade de saúde.

Segundo Oliveira e Santos (2011), a educação em saúde presta-se como ferramenta à promoção e à garantia dos direitos fundamentais, como intervenção centrada no trabalho coletivo, enxergando famílias e comunidade como o foco central da sua ação.

Machado e colaboradores (2007) entendem que a educação em saúde está alicerçada no conceito de promoção da saúde por se tratar de processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Esse pensamento está baseado em um conceito de saúde considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, o qual tem como ideia a ausência de doença nos aspectos físico e mental, ambiental, pessoal e social. Essa construção do conhecimento com base nas reflexões da *práxis* de educação em saúde mostra a necessidade de realizar um processo educativo em saúde em que haja a participação efetiva da comunidade, a fim de permitir uma reflexão crítica da realidade e dos fatores determinantes de uma realidade com vida saudável (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

A educação em saúde, sob o aspecto de processo político pedagógico que requer um pensamento crítico e reflexivo, é capaz de desnudar a realidade e de propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação. Ela transforma o sujeito histórico e social, capacitando-o a propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidado de si, de sua família e da coletividade.

Jesus (2015) aponta a educação em saúde como um espaço de construção e disseminação de conhecimentos e práticas para uma vida saudável, possibilitando ao indivíduo mudanças de comportamento em relação à saúde. A promoção da saúde articula conhecimentos populares e técnicos, mobilizando recursos comunitários e institucionais, privados e públicos, permitindo a superação do conceito biomédico de saúde. Essa prática educativa na atenção primária à saúde precisa do reconhecimento da multidimensionalidade da saúde e da necessidade de autonomia do usuário como sujeito do processo educativo. Considerar a educação em saúde relacionada à aprendizagem e formatada para alcançar a saúde, permite suprir a necessidade da população de acordo com sua realidade. Isso ocorre porque a educação em saúde deve estimular conflitos nos indivíduos, fazendo com que a

pessoa pense e repense a sua cultura, e seja o autor da transformação de sua própria realidade (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

O processo de aprendizagem através do diálogo é uma forma de exercício de autonomia, pois não opera em termos de transmissão ou mecanismo de troca mas, sim sob a forma de instigação mútua entre o profissional e o usuário. O exercício da autonomia nas práticas educativas é consolidado em sua relação ativa com o conhecimento, através da invenção e reinvenção diárias, possibilitando um conjunto de decisões que são tomadas ao longo da existência. Ao se trabalhar em favor da autonomia, cria-se condição para que as práticas no campo da promoção da saúde se configurem como educativas (CARNEIRO, 2012).

Segundo Bordenave (2012), todos os processos educativos e as técnicas educativas, que são instrumentos de ensino aprendizagem, devem basear-se em uma determinada concepção de como conseguir que as pessoas aprendam e modifiquem sua prática.

Dentro dessas perspectivas e conceitos, o Ministério da Saúde aprovou, junto ao Conselho Nacional de Saúde a Política de Educação e Desenvolvimento do SUS, o objetivo de cumprir a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS, que propõe conquistar relações orgânicas entre as estruturas de gestão da saúde, as instituições de ensino e os órgãos de controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

## 2.5 EDUCAÇÃO FORMAL E NÃO FORMAL

Define-se educação não-formal como qualquer atividade educacional organizada, sistemática, executada fora do quadro do sistema formal para oferecer tipos selecionados de ensino a determinados subgrupos da população (GADOTTI, 2005).

O termo educação não formal começou a ser utilizado no final dos anos 60, onde a conjuntura político-social propiciou criação de espaços educativos novos, que se deslocavam da formalidade das escolas em crise (MARQUES; FREITAS, 2017).

A língua inglesa usa os termos *informal science education* e *informal science learning* para todo o tipo de educação em ciências que, usualmente, acontecem em lugares como museus de ciência e tecnologia, centros científicos, zoológicos, jardins

botânicos, no trabalho, em casa. Já a língua portuguesa classifica a educação em ciências fora da escola em dois grupos: educação não formal e educação informal, sendo o último relativo aos ambientes cotidianos familiares, de trabalho e do clube (MARANDINO et.al, 2004).

As três categorias de aprendizagem definidas na década de 60 foram a educação formal como um sistema de educação hierarquicamente estruturado e cronologicamente graduado, da escola primária a universidade, incluindo os estudos acadêmicos e as variedades de programas especializados e de instituições de treinamento técnico e profissional; educação informal como o verdadeiro processo realizado ao longo da vida em que cada indivíduo adquire atitudes, valores, procedimentos e conhecimentos da experiência cotidiana e das influências educativas de seu meio – da família, no trabalho, no lazer e nas diversas mídias de massa; e a educação não formal que se caracteriza por qualquer atividade organizada fora do sistema formal de educação, - operando separadamente ou como parte de uma atividade mais ampla – que pretende servir a clientes previamente identificados como aprendizes e que possui objetivos de aprendizagem (MARANDINO et al., 2004).

Marandino e colaboradores (2004) afirmam que a educação não formal também pode ser diferenciada da formal em termos de propósitos, organização temporal, conteúdos, forma de apresentação e controle. Quanto ao planejamento curricular a diferenciação entre o formal e não formal se dá com o currículo elaborado “de cima para baixo” na educação formal, ou com uma negociação ou elaboração curricular “de baixo para cima” na educação não formal; e no caso da educação informal, não há currículo por ocorrer em “forma de diálogo”.

No ano de 2001, a expressão "*free-choice learning*" passa a ser um novo termo para definição do tipo de educação que ocorre fora do espaço escolar. Outra maneira de diferenciar a educação não formal tornando-a como “qualquer tentativa educacional organizada e sistemática” que se realiza fora dos quadros do sistema formal (de ensino) para fornecer tipos selecionados de aprendizagem a subgrupos específicos da população, tanto de adultos como de crianças, ou seja, é todo “processo permanente pelo qual qualquer pessoa obtém e absorve conhecimentos, habilidades, atitudes e perspicácia, através de experiência diária e contato com o meio ambiente”, o que ocorreria em casa, no trabalho e no lazer, por meio de viagens, leitura de jornais e livros, ou ouvindo rádio, vendo televisão. (MARANDINO et al., 2004).

Para Gadotti (2005), a educação não formal contrapõe a educação formal. A educação não formal ultrapassa os limites do ensino escolar formal, abrange

experiências de vida, e processos de aprendizagem não formais, desenvolvendo a autonomia do indivíduo. Logo, a educação formal é composta por objetivos claros e específicos e representada pelas escolas e universidades. Ela depende de uma diretriz educacional centralizada nas diretrizes curriculares, com estruturas hierárquicas e burocráticas, determinadas em nível nacional, com órgãos fiscalizadores do Ministério da Educação. A educação não formal é mais disseminada, menos hierárquica e menos burocrática, não precisando necessariamente seguir um sistema sequencial e hierárquico de “progressão”. Podem ter duração variável, podendo ou não, outorgar certificados de aprendizagem.

Para Gaspar (2002), a educação formal é reconhecida oficial, oferecida nas escolas em cursos com níveis, graus, programas, currículos e diplomas, cuja instituição é muito antiga, de origem ligada ao desenvolvimento de nossa civilização e ao acervo de conhecimentos por ela gerados. Ela evidencia a solidez e a estabilidade da instituição de ensino e a permanência da mesma como o espaço físico, destinado a ensinar e aprender.

Outra forma de ensinar é conhecida como educação informal, onde não há lugar, horários ou currículos, onde os conhecimentos são partilhados em meio a uma interação sociocultural, cuja única condição necessária e suficiente para desenvolvê-la é existir quem saiba e quem queira ou precise saber. Nela, ensino e aprendizagem ocorrem espontaneamente, sem que os próprios participantes do processo deles tenham consciência. As inquietações dessa educação é a possibilidade de dispersão da atenção, mesmo com a presença de tutores (GASPAR, 2002).

Além dessas duas formas de educar, existe a não formal, que também possui disciplinas, currículos e programas, mas não oferecem graus ou diplomas oficiais. Nessa educação não formal inclui-se o estudo de línguas estrangeiras e de especialidades técnicas, artísticas ou semelhantes, oferecido presencialmente em escolas com horários e períodos letivos bem definidos, ou à distância, via correio postal ou eletrônico (GASPAR, 2002).

Um ponto que leva a indagações da educação informal é a necessidade da fundamentação teórico-pedagógica, que se dá através da linguagem ao pensamento, ou seja, a teoria de Vygotsky. Vygotsky afirma que o conhecimento é transferido daqueles que o detêm para aqueles que devem ou querem adquiri-lo por

meio da linguagem. É uma linguagem que desenvolve através do pensamento. A transferência cognitiva do conceito de um professor aos seus alunos pode ser comparada à transferência de um programa de um computador para outro (GASPAR, 2002).

Essa transferência supracitada, não se faz diretamente, num sequenciamento ordenado de impulsos eletromagnéticos, como ocorre entre computadores. E a linguagem fornecida pelo professor é à maneira de transmissão do conhecimento ao aluno, ou seja, uma interação verbal entre professor e aprendiz. O cérebro humano constrói a memória de que precisa e armazena a informação obtida através da interação verbal. Ao contrário de outras teorias cognitivas em que um novo conceito só é aprendido em estruturas mentais de aprendizagem que já estiveram construídas na mente do aprendiz, na teoria de Vygotsky essas estruturas mentais só serão construídas quando esses novos conceitos forem ensinados. Não é o desenvolvimento cognitivo que possibilita a aprendizagem, mas é o processo de ensinar e o esforço de aprender que promovem o desenvolvimento cognitivo. Esse processo de aprendizagem é conhecido como transferência vygotskiana ou sociointeracionista (GASPAR, 2002).

A teoria de Vygotsky auxilia a entender a solidez e permanência da educação formal, como a valida a educação informal em qualquer setor da atividade humana. As educações formal e informal se reforçam mutuamente, pois o cérebro humano não tem compartimentos estanques, mas sim compartimentos cognitivos que atuam em função da origem e forma de conhecimento apresentado (GASPAR, 2002).

A educação não formal designa um processo com dimensões de aprendizagem política dos direitos dos indivíduos enquanto cidadãos; da capacitação dos indivíduos para o desenvolvimento do trabalho, por meio da aprendizagem de habilidades e/ ou desenvolvimento de potencialidades; da aprendizagem e exercício de práticas que capacitam os indivíduos a se organizarem em prol de um objetivo comunitário, voltadas para a solução de problemas coletivos cotidianos; da aprendizagem de conteúdos que possibilitem aos indivíduos fazerem uma leitura do mundo do ponto de vista de compreensão do que se passa ao seu redor; e da educação desenvolvida na mídia e pela mídia, em especial, a eletrônica. (GOHN, 2006).

Gohn (2014) define que a ideia de participação tende a aumentar à medida que o indivíduo participa, constitui um processo de socialização e faz com que,

quanto mais as pessoas participam, mais tendam a continuar nesse caminho. Assim, é participando que o indivíduo se habilita à participação, no sentido pleno da palavra, que inclui o fato de tomar parte e ter parte no contexto onde estão inseridos. As aprendizagens construídas no campo da participação social é o fio condutor, por nós atribuídos, como campo da educação não formal. Nessa situação, o processo pedagógico da participação, especialmente em ações coletivas organizadas em movimentos sociais, são processos desenvolvidos no campo da educação não formal.

Deve-se esclarecer o processo reflexivo, oriundos da relação social, gerada da interação e compartilhamento de processos coletivos, e se relaciona com o plano das estruturas mentais dos indivíduos, no intercruzamento de culturas existentes e culturas adquiridas, ou seja, a educação não formal. Logo, a educação não formal é aquela que se aprende com a vida, através de processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivos cotidianos. Passa a ser um processo sociopolítico, cultural e pedagógico para a formação da cidadania, entendendo o político como a formação do indivíduo para relacionar-se com o outro e em sociedade. Dessa forma, concluímos que a educação não formal se torna uma ferramenta importante no processo de formação e construção da cidadania das pessoas, em qualquer nível social ou de escolaridade, pelo fato de ser menos estruturada e mais flexível, conseguindo atingir a atenção e o imaginário do indivíduo (GOHN, 2014).

### 2.5.1 Espaços de Educação

Novos espaços de formação e informalidade de educação são criados através de novas tecnologias de informação, além da escola, empresa, espaço domiciliar e espaço social, tornando-se espaços educativos. Cada dia mais pessoas estudam em casa, acessando ciberespaço da formação e da aprendizagem à distância, buscando fora das escolas a informação disponível nas redes de computadores interligados, e de serviços que respondam às suas necessidades pessoais de conhecimento. Por outro lado, a sociedade civil (ONG, associações, sindicatos, igrejas) está consolidando, não apenas como espaço de trabalho, mas também como espaço de difusão e de reconstrução de conhecimentos (GADOTTI, 2005).

Bianconi e Caruso (2005) citam que a construção de situações de aprendizagem é tarefa árdua para os profissionais de educação preocupados com o ensino, e os espaços fora do ambiente escolar são percebidos como recursos pedagógicos complementares e ausentes na escola, ou seja, conhecidos como não formais, dificultando a possibilidade de ver, tocar e aprender fazendo. Tendo como objetivo tornar o ensino mais prazeroso, aumentando o interesse dos estudantes.

A educação formal presume ambientes normatizados, com presença de regras e padrões comportamentais definidos. A não formal se desenvolve em ambientes e situações interativos construídos coletivamente, e seguindo as diretrizes de dados grupos, e normalmente a participação dos indivíduos é optativa. Ressalta-se que na educação não formal há uma intencionalidade na ação, no ato de participar, de aprender e de transmitir ou trocar saberes. E a educação informal ocorre em ambientes espontâneos, onde as relações sociais se desenvolvem segundo gostos, preferências, ou pertencimentos herdados (GOHN, 2006).

As práticas da educação não formal se desenvolvem de maneira usual extramuros escolares, através de meios tais como organizações sociais, movimentos, programas de formação sobre direitos humanos, cidadania, práticas identitárias, lutas contra desigualdades e exclusões. Essas práticas estão no centro das organizações não governamentais (ONGs), junto aos programas de inclusão social, no campo das artes, da educação e da cultura. Aglutinam ideias e saberes produzidos pelo compartilhamento de experiências, gerando conhecimento pela reflexão e cruzando os saberes herdados com os novos adquiridos (GOHN, 2016).

A educação não formal pode ocorrer tanto em espaços urbanos como em espaços rurais, tanto em espaços institucionalizados como no interior de movimentos sociais, pois sendo um processo de aprendizado que ocorre pelo diálogo tematizado não necessita de um local formal. Verifica-se que todos os processos sociais utilizam como eixo articulatório básico a educação não formal, sendo assim, as câmaras, fóruns e conselhos exercitam este tipo de educação, pois promovem a interação entre a sociedade civil e a sociedade política (GOHN, 2016).

Ao analisar os espaços já existentes de educação formal, verifica-se que os conselhos são organizações de participação social que atuam como espaços não formais de educação, pois articulam de forma coletiva processos de aprendizagem não formais, e as necessidades oriundas da prática da educação formal se cruzam com as da educação não formal (GOHN, 2016).

Diante da reforma do setor saúde no Brasil que contempla como eixo fundamental a democratização dos serviços de saúde através do exercício do controle social sobre o sistema de saúde, hoje unificado e claramente definido na Constituição Federal de 1988, em vigor, nas Leis Federais 8080/90 e 8142/90. Como já mencionado anteriormente, verifica-se que a Lei 8080 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e a Lei 8142 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Sendo os Conselhos não tem regulamentação para seu papel de educador e replicador de saber. Mesmo tendo sido realizadas no Brasil, quinze Conferências Nacionais para se discutir saúde, e estabelecer inclusive mecanismos para participação individual dos cidadãos.

### 3 CASUÍSTICA E MÉTODO

#### 3.1 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de estudo de caráter descritivo-analítico, com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa privilegia os sujeitos sociais, os quais detêm as informações que o investigador pretende conhecer, embasado na análise de conteúdo que é definido como um conjunto de técnicas de análise de comunicação (BARDIN, 2016).

Segundo Minayo (2010), o processo de trabalho em pesquisa qualitativa apresenta-se em três tempos, traduzidos na fase exploratória, na fase de trabalho de campo e a fase de análise e tratamento do material empírico e documental.

A descrição analítica trata-se de um tratamento da informação contida na mensagem, não se limitando apenas no conteúdo, mas também no significado. É realizado através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo da mensagem (BARDIN, 2016).

Para a exploração do aporte teórico foram feitas buscas na Biblioteca física da Universidade de Ribeirão Preto e Biblioteca virtual de saúde (BIREME), na base de dados *Scientific Eletronic Library On Line* (SciELO), no período de janeiro a agosto de 2017, nos idiomas português e inglês, usando os descritores: Conselho Local de Saúde, Educação em Saúde, Participação Social e Representação Social no SUS. Foram encontrados 166 textos, porém, utilizados 20 a partir da exclusão de resumos que não abordavam sobre a representação social do Conselho de Saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde.

#### 3.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O presente estudo ocorreu em Ribeirão Preto, localizada no nordeste do estado de São Paulo, com uma área total de 652,2 quilômetros quadrados e altitude média de 546,8 metros, possui aproximadamente 650.339 habitantes de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013).

No município, o setor saúde destaca-se com vários indicadores positivos, entre eles: a redução do coeficiente de mortalidade infantil, a redução do número de óbitos maternos, a redução de internações por causas sensíveis à atenção básica,

aumento da cobertura vacinal, aumento na proporção de cura dos casos novos de hanseníase e tuberculose, dentre outros, de nível secundário e terciário que levou o município à terceira colocação no País e à primeira colocação em relação ao Estado, segundo o Índice de Desempenho de Saúde do Ministério da Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A Rede de Atenção à Saúde do SUS do município de Ribeirão Preto está organizada em 05 Distritos de Saúde, compostos por uma unidade funcionando 24 horas para Pronto Atendimento e Unidades Básicas, em cada Distrito. Totaliza 48 estabelecimentos de atenção básica, das quais 05 são Unidades Básicas Distritais de Saúde, sendo 04 dessas com funcionamento 24 horas, 14 Unidades de Saúde da Família com um total de 30 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e 18 Unidades Básicas tradicionais com 20 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A partir do censo IBGE (2010) foi realizado um redimensionamento das áreas de abrangência das Unidades de Saúde do município, tendo como base os setores censitários desse órgão, o que permitiu que cada Unidade tivesse conhecimento das características demográficas da sua área de abrangência, dado esse de suma importância para subsidiar as ações e serviços a serem oferecidos, sendo possível, dessa forma, caracterizar cada Unidade e Distrito de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

O Distrito Central possui 97.975 habitantes, Distrito Sul com 85.060 habitantes, Distrito Leste 159.802 habitantes, Distrito Oeste 151.218 habitantes e Distrito Norte com 110.627 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Os serviços básicos oferecidos em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto contemplam o acolhimento; consultas médicas de Clínica Médica, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia; assistência farmacêutica; assistência à saúde bucal (individual e coletiva); visitas domiciliares; atendimento de urgência e emergência; agendamento de consultas; assistência e procedimentos de enfermagem (pré-natal planejamento familiar, aleitamento materno, puericultura, controle de diabetes e hipertensão, pré e pós consulta, teste de gravidez, exame de triagem neonatal/teste do pezinho, imunização, aplicação de medicamentos, curativos, coleta de materiais para exames laboratoriais, entre outros).

O presente estudo foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nelson Barrionovo, na região do Distrito Central do município de Ribeirão Preto, no Estado

de São Paulo. Trata-se de uma instituição de administração pública municipal que atua na atenção básica junto a uma população de 42.551 habitantes, com 46% de população do sexo masculino e 53% do sexo feminino, com predominância da faixa etária acima de 50 anos. Essa instituição tem 54 funcionários, sendo 21 funcionários com formação de nível universitário e 33 de nível técnico. O território de abrangência dessa unidade apresenta 09 escolas, 03 casas de repouso, 02 abrigos, 01 creche, 04 centros espíritas, 04 igrejas, 02 associações de moradores (apenas 01 em funcionamento), e 02 núcleos da terceira idade. E possui um Conselho Local de Saúde que foi renovado com eleição em dezembro de 2017.

O Conselho Local de Saúde (CLS), segundo a Lei municipal nº 5972/91, é destinada a possibilitar a participação e colaboração da comunidade no acompanhamento, fiscalização e controle de ações e serviços de saúde nas áreas de abrangência das unidades. Tendo como funções, acompanhar as atividades da UDS, colaborando para seu bom funcionamento, discutindo seus problemas e propondo soluções; manter-se informada quanto às condições de funcionamento da UDS, inclusive quanto aos serviços prestados, horário de funcionamento, turnos de trabalho, carga horária e escala de plantão; divulgar à comunidade as condições de funcionamento da UDS e os serviços por esta prestados, orientando sobre sua importância e estimulando sua utilização; despertar o interesse da comunidade, a fim de obter sua participação ativa e consciente para solução dos problemas de saúde na área de abrangência da UDS; e recolher dos moradores da área de abrangência da UDS sugestões, reivindicações e reclamações quanto aos problemas locais de saúde e à qualidade e espécie dos serviços prestados pela Unidade, encaminhando-as às autoridades competentes (RIBEIRÃO PRETO, 1991).

Já para Secretaria Municipal de Saúde é basicamente um grupo de usuários, trabalhadores da saúde e representantes das Associações de Moradores que participam do acompanhamento das atividades das Unidades de Saúde e os atendimentos oferecidos, discutindo os problemas, avaliando a qualidade e resolutividade das mesmas e propondo soluções e, é regulamentado pelo decreto municipal nº 72 de 03 de maio de 1995 (RIBEIRÃO PRETO, 2018).

Esse espaço de redemocratização e na formulação do direito social e universal à saúde, inscritos na Constituição de 1988, traz uma tensão entre dois projetos políticos antagônicos, o que apontava para um Estado mínimo e o ressurgimento de contraofensivas da sociedade. Nesse contexto desenvolveram

espaços públicos institucionalizados através dos quais o desenvolvimento social, político e econômico pudesse ser pensado, e os conselhos de saúde surgiram no interior do Estado, para representarem espaços públicos de participação paritária nos processos decisórios governamentais. Sendo definidos de forma paritária com sua composição. Logo podemos definir que esses conselhos são entendidos como espaços públicos que funcionam no interior da estrutura do poder executivo, sendo as cadeiras divididas paritariamente entre uma pluralidade de atores (DURÁN; GERSCHMAN, 2014).

Atualmente no município de Ribeirão Preto estão em atividade 12 CLS, em processo de eleição 15 CLS e 08 unidades de saúde não instituíram seus CLS.

### 3.3 PARTICIPANTES DO CONSELHO LOCAL DE SAÚDE

Essa pesquisa contou com uma amostra constituída por 07 membros do Conselho Local de Saúde da Unidade Básica de Saúde onde ocorreu o estudo, pois era composto de 09 membros que representava a totalidade dos Conselheiros dessa localidade, entretanto, no decorrer do desenvolvimento do trabalho 01 membro foi a óbito e seu suplente iniciou a atuação no CLS no ano de 2018; além de outro membro não possuir experiência de 4 anos de atuação, sendo, portanto, excluído conforme critério pontuado para inclusão, no presente estudo, perfazendo a amostra de 07 (78%) desse Conselho.

Os sujeitos foram membros efetivos e eleitos pelos usuários, servidores e representantes de classes sociais do bairro no ano de 2012, com sua reeleição nos anos de 2015 e 2017, fazendo com que esses indivíduos tenham uma experiência de atuação dentro do Conselho Local de Saúde de, no mínimo 04 anos, e concordaram em participar voluntariamente da pesquisa para ser incluído no estudo, e sem delimitação de faixa etária ou sexo.

Foram considerados critérios de exclusão para esse estudo os participantes que são representantes e que não aceitaram participar da pesquisa ou que atuem a menos de 04 anos no Conselho Local de Saúde, pois esse período de atuação esse conselho tem 07 membros com mais de 4 anos de atuação e 02 com menos de 01 ano de atuação.

Visando manter a privacidade dos participantes da pesquisa os membros foram identificados como usuário (representante da população usuária da Unidade

Básica de Saúde), servidor (representante dos colaboradores da unidade) e, associados (representantes das associações de bairro da região em que a unidade atende).

### 3.4 COLETA DE DADOS

#### 3.4.1 Instrumentos de Coleta de Dados

O instrumento de estudo foi composto de questões elaboradas pela própria pesquisadora para coleta de dados. Constitui-se de duas partes, sendo a Parte A - Caracterização do sujeito, contendo informações de identificação e a Parte B – compondo-se de questões abertas, relativas ao tema a ser investigado pela perspectiva dos membros (Apêndice 2).

Para a elaboração do instrumento de coleta de dados, realizou-se um levantamento bibliográfico de referências que subsidiaram sua criação, bem como foi considerada a experiência cotidiana da pesquisadora nos cenários dos CLS e na atenção básica, nos âmbitos da prática e da gestão dos serviços.

O instrumento foi estruturado em torno do tema julgado de interesse para a investigação, procurando obter destes um conjunto de variáveis de caráter subjetivo, não diretamente mensuráveis. As questões foram elaboradas com vistas a produzirem respostas que possibilitassem compreender a concepção da educação não formal dos membros de um Conselho Local de Saúde.

#### 3.4.2 Procedimento de Coleta dos Dados

As entrevistas, naturalmente, não são livres do ponto de vista da subjetividade do investigador, e este pode contaminar o processo ou induzir o entrevistado em determinado tipo de respostas, assim, segundo Yin (2015), uma das vantagens da entrevista semiestruturada consiste no fato de permitir algum grau de comparabilidade entre os vários entrevistados. Logo, utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. As entrevistas e as gravações foram realizadas após as autorizações dos sujeitos sociais, e posteriormente transcritas, com duração média de quinze minutos, cada entrevista.

A solicitação da coleta de dados foi feita ao responsável pela Instituição do campo de pesquisa, assim como sua autorização na divulgação de dados.

A coleta de dados foi efetuada no período de agosto a setembro de 2018, através de entrevista única gravada, onde as perguntas da parte A e B do instrumento foram lidas pelo entrevistador e respondidas pelo entrevistado.

As entrevistas foram marcadas com os sujeitos a partir de julho de 2018, sendo que 04 foram realizadas na Unidade Básica de Saúde e 03 na residência do entrevistado, pois o local da escolha ficou a critério do entrevistado, mas nunca concomitante às reuniões do Conselho Local de saúde. O contato para o agendamento da entrevista, bem como a entrevista foram feitos pela pesquisadora responsável que, após a ocorrência da entrevista, realizou a transcrição dos relatos e/ou informações coletados.

As entrevistas contiveram um núcleo composto do tema principal e subtemas abordados com todos os entrevistados. As mesmas foram realizadas em *settings* familiarizados pelos entrevistados.

Além dos dados de identificação, o temário exposto na Tabela 1 foi proposto aos entrevistados, porém não tendo sido utilizadas as mesmas construções gramaticais e vocábulos.

**Tabela 1** – Roteiro utilizado nas entrevistas realizadas com os participantes do estudo: CLS – um espaço para educação não formal em saúde. Ribeirão Preto/SP, 2018.

<b>Tema principal</b>
<b>Qual seu entendimento sobre o CLS como local de ensino e aprendizado</b>
<b>Subtemas</b>
<b>Expectativas sobre o CLS</b>
<b>Significado do CLS</b>
<b>Papel do CLS para o membro efetivo e a comunidade</b>
<b>Ocorreu aprendizado dentro do CLS</b>
<b>O membro efetivo do CLS é um educador</b>
<b>Ocorreu ensino dentro do CLS</b>

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, organizando a análise em três polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (a inferência e a interpretação).

Na fase de pré-análise foi operacionalizada e sistematizada as ideias iniciais, para conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento das demais etapas. Foi realizada apreciação do instrumento por três *expertises* sobre a temática, com a finalidade de garantir que as questões formuladas atendessem aos objetivos propostos na pesquisa e fossem didaticamente compreensíveis para respostas livres de dúvidas. Em seguida foram realizadas as transcrições das entrevistas gravadas para realização de uma leitura flutuante com vistas a categorizar, descrever e interpretar seus conteúdos. As categorias analíticas estudadas foram a participação social, o micro espaço e a educação não formal.

Na fase de exploração de material e tratamento dos resultados adotamos a seguinte decodificação: significado do CLS, o papel do CLS na comunidade e CLS como local de educação. Os dados obtidos nas 07 entrevistas semiestruturadas foram extraídos em seu estado bruto (*corpus* transcrito), demonstrado no apêndice 1. Assim, foram feitos os recortes das falas dos sujeitos dentro dessas unidades de registro, agrupamos pelo sentido das palavras, categorizando através do maior número de informações registradas, sendo que cada elemento trabalhado possuiu as qualidades de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade.

E, finalmente, na fase de tratamento dos resultados (inferência e interpretação), verificamos se os conceitos de participação social, o micro espaço e a educação não formal são compreendidos pelos sujeitos da pesquisa.

### 3.6 ANÁLISE DE RISCO E BENEFÍCIOS PARA A POPULAÇÃO ESTUDADA

O tipo de pesquisa proposta, não implica em risco para os sujeitos. Seus benefícios provados serão traduzidos em acréscimo de conhecimento ao pesquisador, à unidade de serviço e à população que recebe assistência desses sujeitos, por meio da divulgação dos resultados.

Ao participante foi garantido a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo no órgão que participa, respaldando-se, inclusive, nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

### 3.7 ASPECTO ÉTICO EM PESQUISA COM SERES HUMANOS

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, foi obedecido ao previsto na Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, com submissão do projeto à análise e julgamento do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto, sob parecer n. 2.566.017.

Os indivíduos foram convidados a participar do estudo e, para tal, foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e forma de participação. Após orientação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3), recebendo uma cópia deste, assinada pela autora.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto/SP, com 07 membros efetivos do CLS.

No primeiro momento foi realizada a caracterização dos participantes considerando os dados sociodemográficos referentes às variáveis sexo, faixa etária, etnia, estado civil, grau de escolaridade e, profissão, representadas na Tabela 2.

**Tabela 2** - Caracterização sociodemográfica dos participantes do Conselho Local de Saúde da UBS Nelson Barrionovo, Ribeirão Preto/SP, 2018.

<b>IDENTIFICADOR</b>	<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS</b>
<b>Usuário 1</b>	<b>Sexo masculino, 68 anos, pardo, grau de escolaridade médio completo, casado, representante comercial.</b>
<b>Usuário 2</b>	Sexo feminino, 62 anos, branca, grau de escolaridade superior incompleto em matemática, casada, empresária.
<b>Servidor 1</b>	<b>Sexo masculino, 38 anos, parda, grau de escolaridade superior completo em engenharia química, casado, auxiliar farmacêutico.</b>
<b>Servidor 2</b>	Sexo feminino, 55 anos, negra, grau de escolaridade médio completo, divorciada, técnico de enfermagem.
<b>Servidor 3</b>	<b>Sexo feminino, 40 anos, branca, grau de escolaridade superior completo em administração de empresa, casada, auxiliar farmacêutico.</b>
<b>Associado 1</b>	Sexo masculino, 75 anos, branca, grau de escolaridade fundamental completo, casado, mecânico, aposentado.
<b>Associado 2</b>	<b>Sexo feminino, 77 anos, branca, grau de escolaridade fundamental completo, divorciada, aposentada.</b>

Fonte: Autoras (2018).

A pesquisa foi conduzida com 03 participantes do sexo masculino e 04 do feminino; e constata-se predomínio da faixa etária acima dos 60 anos, da etnia branca e de cidadãos casados. O grau de escolaridade não apresentou predominância, sendo de valor igualitário entre fundamental completo, médio completo e superior completo, possuindo diversas profissões.

Na Tabela 3 está apontado o tempo de participação efetiva no Conselho Local de Saúde, conforme critério de inclusão dos participantes da pesquisa.

A composição representativa dos membros, com 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representantes

do governo, prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos, foi estabelecida pela Resolução nº 33/1992 (BRASIL, 1993). Em 2012, o Ministério da Saúde aprovou a Resolução nº 453, que trata da reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos (BRASIL, 2012).

Durán e Gerschman (2014) afirmam que nos últimos quinze anos os conselhos estão mais próximos de uma atuação neocorporativa de representação de interesses de seus representantes do que de práticas de participação societária e exercício do controle social do SUS. A luz dessa afirmação quanto maior for tempo de participação do sujeito no CLS melhor será sua perspectiva sobre as questões levantadas, pois sua bagagem de saberes permite que as afirmações sejam fundadas em experiências sócio-políticas no seu local de atuação, ou seja a unidade de saúde.

**Tabela 3** – Tempo (em anos) de participação efetiva no Conselho Local de Saúde da UBS Nelson Barrionovo, Ribeirão Preto/SP, 2018.

<b>MEMBRO</b>	<b>ANOS DE PARTICIPAÇÃO NO CLS</b>
<b>Usuário 1</b>	06
<b>Usuário 2</b>	07
<b>Servidor 1</b>	06
<b>Servidor 2</b>	05
<b>Servidor 3</b>	12
<b>Associado 1</b>	25
<b>Associado 2</b>	20

**Fonte:** Autoras (2018).

A Constituição federal 1988 enunciou as seguintes garantias para sistematização das ações e dos serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva: a) a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado; b) a relevância pública das ações e serviços de saúde; c) a universalidade da cobertura e do atendimento, tendo como princípio a equidade da assistência; d) a descentralização da gestão administrativa com garantia de participação comunitária; e) a integração da rede pública de serviços num sistema único; f) a possibilidade de participação complementar do setor privado

de serviços no sistema público de saúde; g) o co-financiamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; h) a direção única nas esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios); i) a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo. E a atual NOB em vigor é a 01/96, que estabeleceu como uma de suas finalidades prioritárias a transformação do modelo de atenção à saúde na esfera municipal. Enfatizou que isso implicava no aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde no país e na própria organização do sistema (ANDRADE; PONTES; MARTINS JUNIOR, 2000).

Segundo Cecilio (2007), afirma que a gestão municipal, idealizada pelo projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) como mais eficaz, porque estaria mais próxima dos cidadãos, e mais sensível aos seus anseios.

A trajetória da RSB possibilitou a articulação de inúmeras demandas para o desenvolvimento da saúde como componente constitucional da seguridade social. Assim, a gestão da saúde pôde ser pautada na direção da concentração dos fatores que atuam no progresso do sistema de saúde (por exemplo, a integralidade de ações e serviços) e fortalecimento do caráter e das relações interfederativas (ações intergestores compartilhadas), além da inclusão da participação da sociedade, em caráter rotativo, mas permanente e paritário, nas esferas de deliberação (como é o caso dos CLS) (DURÁN; GERSCHMAN, 2014).

A partir da instituição do SUS, a saúde passa a ter um papel voltado para a questão de cidadania, e a participação política na gestão do sistema se torna uma condição básica para o seu exercício. Essa realidade, faz dos conselhos de saúde um importante elemento para a participação da sociedade na tomada de decisão, e também um mecanismo estratégico para a garantia da democratização do poder decisório. E passam atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atuando na cogestão do sistema, nas três esferas de poder (COTTA; et al.,2011)

Baseado nos autores acima, as categorias emergidas foram significados do CLS, seu papel junto aos cidadãos e comunidade, o CLS local de educação, como descrito na Tabela 4.

**Tabela 4** – Categorias e subcategorias referentes ao significado do CLS, seu papel junto aos sujeitos e a comunidade, e CLS como local de educação, Ribeirão Preto/ SP, 2018.

<b>Significado do CLS</b>
<i>Expectativa do sujeito</i>
Melhoria do serviço prestado
Melhoria do local de trabalho
<i>Significado propriamente dito</i>
Acesso direto da comunidade
Relação direta e próxima da população
Órgão fiscalizador
Conhecimento do trabalho interno da saúde
<b>Papel do CLS para o sujeito e comunidade</b>
Melhoria do serviço prestado
Órgão fiscalizador
Ferramenta de atendimento e melhoria do serviço prestado
<b>CLS como local de educação</b>
Entender melhor o serviço desenvolvido
Buscar melhoria com o aprendizado
Adquirir conhecimento
Transmitir conhecimento e informação
Disseminar informação

**Fonte:** Autoras (2018).

Na área da Saúde Pública ou Saúde Coletiva há fortes expectativas de que os movimentos organizados de profissionais e usuários dos serviços de saúde resultam em uma melhor adequação da estrutura político- institucional da organização dos serviços de saúde na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Percebe-se, por outro lado, a necessidade de valorizar as pequenas conquistas obtidas no cotidiano das atuações dos serviços de saúde, pois são avanços importantes no sentido de conservar e ampliar a atuação do profissional de saúde e do usuário.

A diretriz da participação da comunidade tem tido papel relevante na educação em saúde, pois esta participação ganha um sentido de participação política, como tomada de decisões sobre a política de saúde, evidenciado nas falas dos sujeitos ” [...] *estar conversando abrindo o canal com o munícipe para ele entender como funciona o SUS, entender seu direitos, entendeu, e também seus deveres*” “[...] *CSL tem muita importância, como eu falei anteriormente, ele é um órgão que eu considero tipo fiscalizador, sugestivo, formador de opinião pra que o serviço no departamento de saúde*”.

Assim, a democratização da saúde deve ser o resultado da real democratização da sociedade, não só no âmbito das liberdades políticas, mas também no campo econômico e social, e para atingir-se a práxis desta afirmação a educação em espaços de educação que não sejam salas de aulas formais, vem ao encontro do pensamento contemporâneo das ações metodológicas discutidas no âmbito da educação formal. Entende-se que a atividade pedagógica concebida como *práxis* requer que educadores e educandos estejam em atividade em comum, com finalidades correspondentes, manifestas nas ações e operações realizadas pelo educador na atividade de ensino e pelos educandos na atividade de aprendizagem.

Ao propor, como elementos que compõem a atividade em comum, a divisão das ações e das operações, a troca dos modos de ação, o entendimento mútuo por meio da comunicação, o planejamento das ações individuais em busca de resultados comuns obtidos pelo processo de reflexão, entende-se que seja possível a superação da individualidade dos sujeitos envolvidos na atividade orientada para o ensino e aprendizagem. Pressupõe-se, na atividade pedagógica, um produto coletivo elaborado por meio de ações e operações realizadas de forma cooperativa pelos sujeitos no processo de ensino e aprendizagem, educador e educandos. À luz deste pensamento, a aprendizagem consciente, se faz através dos conhecimentos adquiridos que se converterão para o sujeito (educandos) em conhecimentos vivos, e assim serão órgãos de sua individualidade genuínos e, em seu tempo, determinarão sua relação a respeito do mundo.

A aprendizagem consciente requer que as ações dos educandos sejam mobilizadas pela relação entre o significado e o sentido da atividade de aprendizagem, além da necessidade de considerar as relações internas e externas presentes na elaboração do objeto de estudo. Assim, a educação não formal desenvolvida no CLS se faz presente no cotidiano dos seus membros efetivos quando se relacionam com a comunidade usuária da unidade de saúde, é um dos requisitos fundamentais para que os indivíduos tenham acesso ao conjunto de bens e serviços disponíveis na sociedade. Ela é um direito de todo ser humano como condição necessária para ele usufruir de outros direitos constituídos numa sociedade democrática.

Toda educação é, de certa forma, educação formal, no sentido de ser intencional, mas o cenário pode ser diferente: o espaço da escola é marcado pela formalidade, pela regularidade, pela sequencialidade. O espaço do CLS (apenas

para definir um cenário da educação não-formal) é marcado pela descontinuidade, pela eventualidade, pela informalidade, quando seus membros atuam no cotidiano os indivíduos que os procuram. A educação não-formal é também uma atividade educacional organizada e sistemática, mas levada a efeito fora do sistema formal, quando as informações são desenvolvidas dentro as reuniões formais do CLS.

Assim, ao analisar as respostas dos participantes quanto à expectativa de ser um membro do CLS verificou-se que todos possuem como ideia central desenvolver a melhoria do serviço de saúde para comunidade e para dos trabalhadores locais, como pontuado nas falas seguintes, independente da posição que ocupa no CLS:

A expectativa quando eu tive a curiosidade de estar participando do Conselho Local de Saúde é de trazer melhorias pro serviço de saúde e pro local e por ser funcionário e morador do bairro, trazer sugestões e melhorias para o serviço e como um todo (SERVIDOR 1).

Pode ajudar, saber quais os problemas da população, em relação a gente e também o que a gente pode melhorar o nosso atendimento em relação a população (SERVIDOR 3).

[...] o conselho é um elo de ligação entre a pop e quem pratica a medicina seja ela qual for e os que administram a medicina seja de escritório ou administrativo, minha expectativa é essa. Administrativo seja a secretaria ou outros departamentos que participam da saúde (USUÁRIO 1).

[...] ser membro da comissão local de saúde, porque sempre a gente pode estar dando um conselho para alguém, ajudando alguém, visando mostrar o que acontece no nosso posto..." (ASSOCIADO 1).

[...] minha expectativa é que nós continue com nossas reuniões e com boas ideias, né? boas ideias, porque com a ideias se aproveita e toca pra frente, né? (ASSOCIADO 2).

A proteção social definida na constituição brasileira foi fruto da luta de parcelas da sociedade civil pela democratização do país, com conquistas no campo dos direitos sociais, incluindo a universalização do direito à saúde, além de políticos, quando buscou combinar a democracia representativa com dispositivos de democracia participativa, a diretriz da participação da comunidade na organização do Sistema Único de Saúde está dentro do conceito central dos membros do CLS. A participação da comunidade é papel relevante na luta para efetivação do SUS, ganhando um sentido de participação política, como tomada de decisões sobre a política de saúde, ao conferir o caráter deliberativo aos conselhos (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010), como pode-se evidenciar na fala dos conselheiros.

Segundo Tabagiba (2002), os membros são porta-vozes das demandas populares e são mais reativos que propositivos, pela dificuldade de propor ações inovadoras.

Saliba e colaboradores (2009) relatam que a Lei n. 8.142/90 estabelece a representação de diferentes segmentos da sociedade civil nas conferências e conselhos de saúde, nas três esferas de governo: a municipal, estadual e federal; sendo os conselhos de saúde, os órgãos que representam a sociedade civil organizada de forma paritária com autoridades setoriais, prestadores profissionais e institucionais, além dos trabalhadores do setor. Ainda as diretrizes para criação, reformulação e funcionamento dos conselhos de saúde foram definidas pela Resolução n. 333/03, onde consta que estes órgãos devem “atuar na formulação e proposição de estratégia no controle da execução das políticas de saúde, inclusive, em seus aspectos econômicos e financeiros”. E suas práticas de participação podem concorrer para democratização das relações ou, também, serem um instrumento que perpetua a desigualdade e a submissão.

Dentre os vários casos de participação, segundo Lisboa e colaboradores (2016) surgiram os conselhos locais de saúde como alternativa flexível de participação social, mais sensíveis às demandas comunitárias, e tornaram-se componentes estratégicos da gestão participativa, por serem espaços de participação social mais próximos da comunidade, logo, mais próximos do cotidiano dos usuários e da dinâmica dos serviços de saúde podendo interagir com outras organizações de bairro, como as associações de moradores. Nessa direção, podem promover reivindicações da comunidade ao gestor municipal, e também estabelecer relação entre conselheiros e a população, sendo uma forma de aumentar a mobilização e, não afastando os representantes da comunidade.

As falas dos sujeitos evidenciam que inserir os indivíduos que utilizam a unidade de saúde nos cenários onde ocorre a produção de cuidado, possibilita a percepção do controle social como parte do processo de produção da saúde, assegurando o cuidado integral por meio da compreensão das demandas e necessidades das pessoas, grupos e comunidades em uma nova visão de fazer saúde. A partir disto pondera-se em uma formação que não somente conceba profissionais para os postos de trabalho, mas com a convicção de que o trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial.

Ao verificar o significado do CLS para os conselheiros entrevistados deparou-se com o conceito de ferramenta como porta de acesso à comunidade, estabelecer uma relação direta e próxima à população, conhecimento do trabalho interno da unidade de saúde, órgão fiscalizador e sugestivo.

Para mim é uma ferramenta importantíssima né, não só para o serviço como um todo, mas uma porta aberta para população para ela trazer alguma melhoria para adequar o perfil da unidade a necessidade da população, então eu achei um recurso extraordinário né para população e como para o serviço como um todo (SERVIDOR 1).

Conselho local de saúde significa a gente poder estar perto da população. Estar junto com eles, estar “tete a tete”. O papel do CLS é fazer uma ponte da população e o servidor (SERVIDOR 2).

[...] conhecimento do que acontece dentro do posto, o que acontece fora, para tentar ajudar, fazer melhoria, dentro da..., de um modo geral, facilitar atendimento, facilitar entrega de medicamento, para que as pessoas de fora entendam o funcionamento lá dentro (USUÁRIO 2).

[...] ele é um órgão que eu considero tipo fiscalizador, sugestivo, formador de opinião pra que o serviço no departamento de saúde, seja municipal a nível de secretaria..... sugere também alguns aplicativos, algumas linhas de ações. (USUÁRIO 1)

[...] porque sempre a gente visualiza olhar para os que necessitam e quando a gente vai no posto a gente sempre procura saber as vezes a pessoa reclama pra gente, então a gente fala, olha vai pede vamos procurar um jeito de conseguir qualquer coisa melhor pra nós mesmos (ASSOCIADO 1).

O CLS foi criado com a finalidade de ser mais um espaço de negociação, democracia e participação social, e aproximar a comunidade da gestão do SUS local. Define que ser conselheiro local, é vivenciar as dificuldades da comunidade e as crises da política local e ainda terá oportunidade de vocalizar os interesses da comunidade (LISBOA et al., 2016).

Cruz (2009) aponta que a participação popular é uma força social capaz de definir prioridades e sugerir ações aos serviços públicos de saúde, impulsionando a formulação de políticas para a promoção da saúde como um direito, de forma equânime, democrática e participativa. Os conselhos têm a finalidade não somente de abrir as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, mas solidificar a dinâmica social, para sua mobilização em associações de interesse, tornando efetiva a disseminação da cultura participativa.

Nestas perspectivas, o papel do CLS para seus membros e para a comunidade traduz-se em uma ferramenta para verificar os interesses da população e transformar em ações de melhora no atendimento da Unidade de saúde. Como apontam os participantes da pesquisa.

[...] participar da necessidade da população. Acho que o Conselho tem que ser ao mesmo tempo ser um termômetro do serviço como um todo ele tem que sentir serviço e sentir a necessidade da população... sentir se realmente este serviço prestado atende o anseio da população local ... que o Conselho ele visa a melhoria do atendimento né o papel principal objetivo é esse (SERVIDOR 1).

[...] através do conselho fazer as reclamações, ver o que eles acham que pode ser melhorado e é um jeito da população se comunicar com a gente (SERVIDOR 3)

[...] é buscar melhoria, melhoria na quantidade do atendimento (SERVIDOR 2).

[...] melhoria de atendimento, ...para tentar ajudar, fazer melhoria, dentro da..., de um modo geral, facilitar atendimento, facilitar entrega de medicamento. (USUARIO 2)

[...] Seria um órgão fiscalizador e sugestivo, que sugira opiniões e ações e projetos que possam melhorar não só para os usuários, mas para os que praticam, os atendentes, os enfermeiros, os médicos, todos... dar prosseguimento as fiscalizações, cobranças tipo gestões uma série de coisas. (USUARIO 1).

[...] Nós estamos sempre visualizando o melhor que a gente pode fazer, vendo o que dá de melhor pra fazer ... Ajudar naquilo que eles precisam, onde procuraram, onde se informaram, onde ter. um lugar pra se informar melhor do que nós temos já direito, relacionado com a saúde lógico ... (ASSOCIADO 1).

[...] é correr atrás, dar opinião, participar de quando precisar de um trabalho... deixa eu ver... ajudar né, correr atrás da pessoa, né? (ASSOCIADO 2).

Segundo Sousa (2008), o trabalho educativo é uma tarefa complexa, sobretudo na saúde, não resumindo em transmitir informações à população quanto ao cuidado de sua saúde e/ou da saúde de terceiros. O direcionamento das ações em saúde considerando a realidade cultural dos educandos constitui-se em uma estratégia eficaz porque se consideram crenças e valores do grupo, sobre determinada situação de saúde. O educador deve desenvolver as atividades educacionais consciente de que o educando possui uma bagagem cultural que deve ser descoberta e compreendida no contexto social de cada indivíduo.

Carneiro (2012), afirma que nas UBS uma grande quantidade de novas propostas de educação em saúde, vem ao encontro da inquietação e da necessidade de revisão dos discursos mais genéricos no campo da saúde, com a finalidade de reorganização da atenção básica.

É sabido que ensinar é mais que promover a fixação de termos científicos, deve privilegiar situações de aprendizagem que possibilitem ao aluno uma formação de sua bagagem cognitiva (BIANCONI; CARUSO, 2005).

Gadotti (2005) aponta que na educação não-formal, a categoria espaço é tão importante como a categoria tempo. O tempo da aprendizagem é flexível, considerando a flexibilidade tanto em relação ao tempo quanto em relação à criação e recriação dos seus múltiplos espaços, deve respeitar as diferenças e as capacidades de cada um. Está ligada fortemente à aprendizagem política dos direitos dos indivíduos enquanto cidadãos e à participação em atividades grupais, sejam esses adultos ou crianças, designando um processo de formação para a cidadania, de capacitação para o trabalho, de organização comunitária em ambientes diferenciados. Enfatiza que só aprendemos quando nos envolvemos profundamente naquilo que estudamos, quando o que estamos aprendendo tem sentido para as nossas vidas.

O conhecimento desempenha o papel de adquirirmos as habilidades e as competências do mundo do trabalho, para tomar parte nas decisões da vida em geral nos âmbitos social, político e econômico. Fornece a compreensão do passado e projeção do futuro, servindo para nos comunicar, para comunicar o que conhecemos, para conhecer melhor o que já conhecemos e para continuar aprendendo (GADOTTI, 2005).

Marandino e colaboradores (2004) citam que novos espaços de intercâmbio contribuem para a popularização da investigação e da tecnologia, e a comunicação tem a capacidade de criar sentido, a atitude de mobilizar as informações úteis em um momento adequado e numa lógica de fluxo.

Já Bordavine (1983) afirmam que a Pedagogia de Transmissão parte da premissa de que as ideias e conhecimentos são os pontos mais importantes da educação e, como consequência, a experiência fundamental que o aluno deve viver para alcançar seus objetivos é a de receber o que o professor ou o livro lhes oferecem.

Bernardes (2009) aponta que a atividade de ensino tem a função particular de organizar ações que possibilitem aos sujeitos o acesso aos conhecimentos elaborados sócio historicamente. E a relação entre o ensino e a aprendizagem, como instrumento e produto da atividade educativa, em geral, concebe-se, a partir de um referencial teórico do materialismo histórico-dialético, da psicologia histórico-cultural e da teoria da atividade, a existência de atividades humanas particulares.

Sujeitos interagem permanentemente em condições socioculturais, modificando-as pela sua *práxis* e, neste sentido, ao mesmo tempo que vão formando esta *práxis*, igualmente de modo histórico, formam os objetos de suas relações. Em decorrência desse evento, a educação passa a ser proposta como processo, individual e coletivo, de constituição da realidade histórica da humanidade (SEVERINO, 2001).

Neste sentido, verificou-se que este processo se tornou evidente no corpo das entrevistas, como verificamos com as falas dos participantes, a seguir.

[...] a partir do momento que tem contato com serviço e tem contato com a população, você entende como o serviço funciona ... os membros do Conselho eles têm muito para aprender como o SUS funciona eu acho que é uma porta aberta para essa aproximação de aprendizado, eu acho que pode ser uma escola para os integrantes da comissão principalmente a população ... É muito importante esse canal de comunicação entre o serviço público e a população (SERVIDOR 1).

[...] na verdade a gente pode passar um outro lado da história, pra eles entenderem como realmente funcionam as coisas, e nós aprendemos com eles o que eles acham que estamos fazendo de errado e eles aprendem como a gente fala nas reuniões... pessoas são livres para passar a informação para qualquer pessoa, então acaba transmitindo alguma informação e ensinamento para outros, se os membros participam eles acabam falando pros vizinhos e própria família, dessa forma o conhecimento vai expandindo (SERVIDORA 3).

[...] cada vez que você aprende alguma coisa lá dentro, tem um conhecimento, você conseguiu passar para as pessoas que não sabem o que acontece lá dentro ... conhecimento das normas, da regularização (regulamentação)... tudo que você aprende ali você conseguiu passar para as outras pessoas que estão usando a unidade (USUARIO 2).

[...] um lugar pra uma informação, ... se você precisar você procurando se informar, você fica "informizado... Tudo o que a gente precisa, se você chegar aí na nossa base, você chega, você pergunta. Sempre tem alguém que te informa pelo o que eu vejo, pelo o que eu pesquiso... (ASSOCIADO 1).

[...] a gente faz reunião com mais gente. E explicar pra ele como é que é a saúde, qual é a providência pra tomar... explicar pra ele (população) como é que é a saúde, qual é a providência pra tomar... (ASSOCIADO 2)

Entende-se por educação informal, qualquer processo permanente pelo qual qualquer pessoa adquire e acumula conhecimentos, habilidades, atitudes e perspicácia, através de experiência diária e contato com o meio ambiente, que pode ocorrer em casa, no trabalho e no lazer, por meio de viagens, leitura de jornais e livros, ou ouvindo rádio, vendo televisão, entre outros (MARANDINO et al., 2004).

A teoria vygotskiana descreve que quanto à relação indivíduo/ sociedade as características humanas são resultantes das relações homem e sociedade, pois quando o homem transforma o meio na busca de atender suas necessidades básicas, ele transforma-se a si mesmo. Vygotsky defende a educação inclusiva e acessibilidade para todos. Devido ao processo criativo que envolve o domínio da natureza, o emprego de ferramentas e instrumentos, o homem pode ter uma ação indireta, planejada tendo ou não deficiência. A aprendizagem é um processo contínuo e a educação é caracterizada por etapas qualitativas de um nível de aprendizagem a outro, daí a importância das relações sociais (COELHO; PISONI, 2012).

A concepção da educação em saúde como processo de transformação que desenvolve a consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, estimula a busca de soluções coletivas, e se mostra evidenciado nos discursos dos sujeitos do trabalho.

Os cidadãos estudados confirmaram em seu discurso os construtos defendidos pelos autores supracitado, como verifica-se abaixo:

[...] prendi muito na comissão tive oportunidade de população ali local é uma troca de experiência... através Conselho, que eu tive essa oportunidade de me aprofundar nesse conhecimento de saber como ele funciona .... a população como um todo ela tem que entender existe uma ferramenta mas a participação da população é importantíssima pra tudo isso acontecer, então pra isso a conscientização da população, através do aprendizagem, que pode ser desenvolvido através da comissão, eles podem ser replicadores (SERVIDOR 1).

Aprendi ver a necessidade dos moradores do bairro ... Já ensinei as rotinas da unidade todos os dias, pois nós temos acolhimento todos os dias (SERVIDOR 2).

[...] aprendi tudo lá, você vê sete anos dá para aprender muita coisa, se aprendeu que acontece pro lado de fora, o que acontece lá dentro... Ensinei bastante pessoas, bastante pessoas, o que eu aprendi lá dentro eu consegui passar inclusive outras áreas da saúde que eu não conhecia, aprendi a conhecer também, e passar para pessoas que procuram que falam, aí a gente começa a explicar como acontece, o que acontece o que não acontece, aí as pessoas passam a entender melhor ... (USUARIO 2).

Eu comecei a ver de perto alguns problemas, que quem está de fora, por isso a necessidade do envolvimento de mais pessoas, que quem está de fora só culpa, só cobra, só aponta o dedo, não vive os problemas ... A partir do momento que você tem contato com esses problemas, que já é um aprendizado para você, você passa vê com outros olhos, aí desperta isso em você, a necessidade de soma, com a solução, sugestão, projetos, planos que possam de alguma forma melhorar o andamento do serviço num todo, então você estando lá dentro, você tem contato com os problemas, aí você vê de outra forma, não como um usuário que exige, resmungo, que cobra, que xinga, que briga, que agride, né é diferente (USUARIO1).

Eu aprendi assim, que a gente tem que doar alguma coisa em prol da pessoa, que a gente pode informar para uma pessoa se sentir mais, como se diz, mais assim ... acolhida dentro da unidade ... Ensinei muita coisa, porque pergunta como eu faço pra fazer isso, vai em tal lugar que você consegue, vai no posto e fala com a Daniela, vai nisso e procura um médico, pede um orientação pra alguém, porque sempre tem alguém que te orienta (ASSOCIADO 1).

[...] eu aprendi, tem muita coisa que a gente precisa aqui, e é ajudar ... eu dou é a informação, ensinar assim, não. É como ensino também né? se eu estou informando, eu estou ensinando alguma coisa, né? (ASSOCIADO 2).

As ações do educador que organiza o ensino com a finalidade de promover a humanização dos indivíduos por meio da aprendizagem do conhecimento historicamente elaborado traz um produto do ensino, que pode ser entendido como a apropriação do conhecimento científico por meio de ações dos indivíduos em que este conhecimento é transmitido e que lhes possibilitem fazer uso de tais conceitos nas diversas relações com a realidade objetiva, tanto na sua manifestação externa - nas relações interpessoais, quanto na interna - nas relações intrapessoais. Esta apropriação do conhecimento promove mudanças qualitativas no psiquismo de quem aprende por possibilitar que o estudante estabeleça novas relações com o mundo objetivo. Assim, as ações presentes na atividade de ensino não podem ser descoladas das condições necessárias para que ocorra a concretização da dimensão relativa ao processo evolutivo acerca das alterações biológicas sofridas

pelo indivíduo em todo seu ciclo vital, fazendo parte, portanto, do desenvolvimento natural do ser humano (BERNARDES, 2009).

Segundo Severino (2001), a educação pressupõe os sujeitos humanos como entidades naturais, que existem historicamente na dimensão social, mas conduzem sua existência pela mediação da sua prática que, intencionalmente, se transforma em prática de ensino / educação. A motivação do mundo não deriva do fato do conhecimento ser centrado na razão e lógica, mas muito mais de significações de atribuições de valores abrangentes que os homens imputam ao mundo em suas relações com ele. Hoje não é mais possível querer conhecer o homem, servindo-se apenas da metodologia da ciência tradicional. A pluralidade epistemológica possível de metodologias no âmbito das ciências humanas compromete a unicidade metodológica da ciência, sendo assim, a educação não pode ater-se linearmente ao paradigma científico próprio das ciências naturais, mas também na busca de uma outra maneira de se falar do conhecimento, efetivamente, nossa única mediação para a abordagem significativa do real.

Ainda Severino (2001) afirma ainda que a exigência de especificidade para o conhecimento em educação decorre do fato de se tratar de uma prática histórico-social, implicando em um novo contorno epistêmico, ou seja, conhecer, fazer ciência na esfera dos fenômenos educacionais. E, sem dúvida, os sujeitos humanos envolvidos no processo educacional são seres empíricos, entidades naturais e sociais, entes históricos, determinados por condições objetivas de existência, perfeitamente cognoscíveis pela via da ciência; reitera.

Quando o sujeito se apropria de conteúdos domina as habilidades técnicas e os contextos de vida e trabalho, a construção de conhecimento precisa da associação entre sua formação científica e sua percepção prática, o que exige do educador competência, criatividade e sentido crítico. O conhecimento de natureza científica, tanto quanto o de sentido humanístico deve ser percebido como resultante de uma prática histórica, dinâmica, não como verdades definitivas. De forma semelhante, o conhecimento tecnológico deve ser tratado como vivência prática (SEVERINO, 2001).

Bernardes (2009) aponta que o educador tem que ter ação intencional e consciente orientada para o ensino, trata-se da concepção de que a educação e a formação dos indivíduos, como pertencentes ao gênero humano, necessitam ser analisadas e definidas como unidades que integram a produção do conhecimento.

De acordo com Paro (2010), o educador exerce uma função especial na organização das ações educacionais quando se assume como devedor da classe social a que pertence.

Este educador precisa construir e reconstruir conhecimento a partir do que fazem. Para isso ele também precisa ser curioso, buscar sentido para o que faz e apontar novos sentidos para despertar as ações dos sujeitos a serem educados. Ele deixará de ser um professor para ser um organizador do conhecimento e da aprendizagem. Logo como educador se torna um aprendiz permanente, um construtor de sentidos, um cooperador, e, sobretudo, um organizador da aprendizagem.

Mediante esta última afirmação de Paro (2010) verifica-se a veracidade nas falas dos participantes entrevistados.

Positivo não só um educador, ... vai além de uma educação, passa a ser um replicador de conscientização, ele passa ser um referencial, ele tem esta incumbência, ele passa a informação para população local, deixar ela totalmente participativa daquilo que está acontecendo. Falo da Participação social, é aquela que envolve a sociedade, aquela que o indivíduo não pensa só nele, uma participação da população com olhar fiscalizador e vai beneficiar um conjunto de pessoas. Dani eu acho que isso é um dom de comunicação, você falar e a pessoa sentir o que você está falando e entender, eu acho que isso é um dom que Deus me deu, quando eu transmito este tipo de informação a pessoa sente dentro do conjunto, a maneira como a informação é transmitida eu acho que é importantíssima, esse veículo, esse caminho ele tem que ser muito bem claro para população, ela tem que fazer parte da informação, outra coisa toda vez que levo informação eu faço eles entender que estão inserido nesse conjunto, faço eles enxergar o benefício deles em si, vai beneficiar o conjunto mas ele está dentro desse conjunto... Eu me vejo como educador, eu gosto de estar com pessoas (SERVIDOR 1).

De certa forma me vejo como educadora (SERVIDORA 3).

Sim eu me vejo como educadora, pois a partir do momento em que eu faço acolhimento eu transmito a informação da rotina do serviço e o serviço público é um serviço educativo (SERVIDORA 2).

Perfeitamente, eu tenho certeza que eu me enquadro dentro deste perfil de educador, ... ensinei bastante pessoas, bastante pessoas, o que eu aprendi lá dentro eu consegui passar inclusive outras áreas da saúde que eu não conhecia, ... até em função da minha profissão (USUÁRIO 1).

Não me vejo assim, uma pessoa não tanto educadora, mas uma pessoa que pode ajudar alguém, principalmente, uma pessoa bem humilde, as vezes a gente ajuda com amor e carinho, e aí precisa de

peessoas que também ajude mais o pessoal, porque tem gente [...] Quando eu transmito a informação acredito que serve para educar muito, serve pra carinho, serve para amizade, serve para o bem da pessoa. Não me vejo como educadora, quem sou eu para ser uma educadora? (Risos) (ASSOCIADO 1).

Aí, eu... um educador tem que entender das coisas pra saber dar o conselho, né? A pessoa se está com um problema, ou igual assim, uma vez nos ficou aqui na porta, foi pondo na fila direitinho, né, como que é. Educador eu acho que é isso, eu me considero um educador, se eu educo minha família (ASSOCIADO 2).

## 5 CONCLUSÃO

Educação é um dos requisitos fundamentais para que os indivíduos tenham acesso ao conjunto de bens e serviços disponíveis na sociedade. Ela é um direito de todo ser humano como condição necessária para ele usufruir de outros direitos constituídos numa sociedade democrática.

Esse direito tem se restringido ao ensino obrigatório e gratuito, mas ele não cessa na idade considerada apropriada do ensino fundamental. É um direito que deve se estender ao longo de toda a vida, como a própria educação. Por isso, é importante discutir, como está ocorrendo esta educação, não só a extensão desse direito, mas também seus limites no que concerne o aspecto político-pedagógico. Nessa direção, a discussão da educação formal e não formal traz elementos de reflexão no contexto da saúde.

Quando se direciona o olhar para a educação em saúde, verificam-se as metodologias definidas no âmbito do SUS, pela educação formal, por meio das diferentes designações, ocorrendo em espaços formais, tanto públicos como privados, com conteúdo, metodologia e estratégias bem definidas.

Não há registros onde se cogitou o uso da educação não-formal como atividade educacional organizada, sistemática e executada de forma diferente daquela realizada no sistema formal, pois assim poderia oferecer modalidades de ensino diversificadas a determinados subgrupos da população, que necessitam desse método de aprendizado, especificamente.

A educação não formal é uma estratégia político-pedagógica não explicitada no espaço do SUS, pelas vias formais, especialmente, ao considermos que na próxima Conferência Nacional de Saúde observam-se objetivos gerais voltados à educação/saúde e aos atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem.

Mediante esses objetivos, a educação não-formal que designa um processo de formação para a cidadania, de capacitação para o trabalho, de organização comunitária, muitas vezes associada à educação popular e à educação comunitária, atividades que também são desenvolvidas no espaço de trabalho do CLS, não foram consideradas. Ao enfatizarmos o que preconiza o quadrilátero da formação para a área da saúde (ensino, gestão, atenção e controle), entende-se que o desenvolvimento dos saberes dos Conselheiros Locais de Saúde deveria caminhar na direção do despertar de pensamento crítico, estimulando o fortalecimento do

movimento por mudanças e, possibilitando a mobilização de pessoas e instituições, no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras, ações e serviços do SUS. Essa educação pretende servir a clientes previamente identificados como aprendizes e que possuem objetivos de aprendizagem definidos que emergem do conselho para o professor.

No atual cenário onde a gestão em saúde não é atrelada somente à política, mas sim, compartilhada por todos os atores que coabitam os serviços, se torna extremamente relevante que os membros do CLS tenham percepção da gestão, envolvendo o controle social; além de estarem cientes que interferem no processo de atenção à saúde.

Nessa direção, novos espaços de intercâmbio contribuiriam para a popularização da investigação e da tecnologia e instauração do início de um diálogo entre ciência e sociedade, que poderá instalar-se em espaços micro, mas com a possibilidade de ampliar esses horizontes, se apropriando de conhecimentos e buscando sensibilizar e conseguir refletir sobre as questões presentes nos cenários do CLS, na perspectiva do Conselheiro e participação da comunidade. Ainda pretende-se oferecer um aplicativo, que está em processo de construção, visando disponibilizar ao CLS um instrumento de consulta quanto aos elementos fundamentais a esse exercício. Como a pesquisa ocorreu em apenas um CLS, em Ribeirão Preto/SP, condição entendida como limitação do presente estudo, recomenda-se novas investigações em espaços diversificados, buscando entender/identificar outras formas/papéis e atuação do conselheiro local de saúde.

Conclui-se que o CLS possui papel educativo, disseminador de informações e de controle social, tornando-se um espaço de aprendizado bilateral entre profissionais da saúde e membros da sociedade que utilizam a Unidade de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, Sonia. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 117-121, jan-fev, 2008.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, fev. 2005.
- ALVES, Rafael Santos. **Compreensão da construção do cidadão-repórter por intermédio dos modelos de colaboração em ambientes jornalísticos estruturados por tecnologias digitais conectadas**. 2010. 143f. Dissertação (Mestrado em Comunicação), Faculdade Cásper Líbero, São Paulo.
- ALMEIDA, Carla; TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 68-92, mar. 2012.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; PONTES, Ricardo José Soares; MARTINS JUNIOR, Tomaz. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, DC. v. 8, n.1/2, p.84-92, 2000.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. São Paulo/SP: Edições 70. 2016.
- BAVA, Silvio Cassia. Democracia e Poder local. In: VILLAS-BOAS, Renata. **Participação popular nos governos locais**. São Paulo: Polis, 1994.
- BENEVIDES, Maria Vitória. Democracia e Cidadania. In: VILLAS-BOAS, Renata. **Participação popular nos governos locais**. São Paulo: Polis, 1994.
- BERNARDES, Maria Eliza Mattosinho. Ensino e aprendizagem como unidade dialética na atividade pedagógica. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**. São Paulo, v.13, n. 2, p. 235-242, jul-dez, 2009.
- BIANCHI, Pamela Cristina; NICOLAU, Stella Maris. Trajetória de conselheiros de saúde: refletindo sobre a cultura política e participação popular. **Caderno de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**. São Carlos, v. 25, n. 1, p. 33-66, 2017.
- BIANCONI, M. Lucia; CARUSO, Francisco. Educação não formal. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 57, n. 4, p. 20, out-dez 2005. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252005000400013&script=sci\\_arttext](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252005000400013&script=sci_arttext). Acesso em: 23/08/2017.

BORDENAVE, Juan Dias; PEREIRA, Ademir Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 28. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2012.

BORDENAVE, Juan Dias. Alguns fatores pedagógicos. **Revista Interamericana de educação de adultos**. v.3, n. 1, p. 261- 268, 1983.

BORDENAVE, Juan Dias. **O que é participação**. 1. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 33**, de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453**, de 10 de maio de 2012. Aprova as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012.

\_\_\_\_\_. **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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da saúde**. 3. ed. Brasília, 2006. Disponível em [http:// ude.gov.br/publicações/portaria-2006-anexo1](http://ude.gov.br/publicações/portaria-2006-anexo1). Acesso em: 07/03/2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social**. Conselhos de Saúde e financiamento do SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 2003.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. (Org.). **Política social e democracia**. 5. ed. São Paulo: Cortez; 2012.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto ético-Político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária**: elementos para debate. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional, Coletânea, 2004.

CARDOSO, Juliana Aparecida Fialho et al. A contribuição da saúde para o fortalecimento das redes: o avanço na gestão pública. **Revista Pensar Acadêmico**, Manhuaçu, v. 14, n. 1, p. 61-72, 2016.

CARNEIRO, Angélica Cotta Lobo Leite et.al. Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, Washington, USA, v. 31, n. 2, p.115–120, 2012.

CASCAIS, Maria das Graças Alves; FACHIN-TERÁN, Augusto. Educação formal, informal e não formal em ciências: Contribuições dos diversos espaços educativos. **Novas perspectivas de ensino de Ciências em espaços não formais amazônicos**. Manaus: UEA Edições, 2013.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; ROCHA, Cristianne Famer. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 2, p.373-383, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p 443-456, 2008.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; et al. O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS – Revista. Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.200-207, jul.-dez., 2007.

COELHO, Luana; PISONI, Silene. Vygotsky: sua teoria e a influência na educação. **Revista e-Ped –FACOS/ CNEC**. Osório, v. 2, n. 1, p.144-152, ago. 2012. Disponível em: [http://www.facos.edu.br/publicacoes/revistas/e-ped/agosto\\_2012/pdf/vygotsky\\_-\\_sua\\_teorica\\_e\\_a\\_influencia\\_na\\_educacao.pdf](http://www.facos.edu.br/publicacoes/revistas/e-ped/agosto_2012/pdf/vygotsky_-_sua_teorica_e_a_influencia_na_educacao.pdf). Acesso em: 07/10/2018.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et. al. O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1121-1137, jul-set 2011.

CRUZ, Pedro José Santos Carneiro et. al. Desafios para a participação popular em saúde: reflexão a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1087-1100, 2012. Disponível em <http://www.journals.usp.br/sausoc/sausoc/article/view/50717>. Acesso em: 07/03/2017.

DURÁN, Paulo Renato Flores; GERSCHMAN, Silvia. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.23, n.3, p.884-896, 2014.

FERNANDES, Maria Clara Porto; BACKES, Vania Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a ótica de

Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n. 4, p. 567-573, jul-ago 2010.

GADOTTI, Moacir. **A questão da educação formal/não formal**. Institut International Des Droits De L'enfant (Ide) Droit à l'éducation: solution à tous les problèmes ou problème sans solution? Sion /Suíça, 18 a 22 de outubro de 2005. Disponível em: [http://www.virtual.ufc.br/solar/aula\\_link/llpt/A\\_a\\_H/estrutura\\_politica\\_gessao\\_org\\_anizacional/aula\\_01/imagens/01/Educacao\\_Formal\\_Nao\\_Formal\\_2005.pdf](http://www.virtual.ufc.br/solar/aula_link/llpt/A_a_H/estrutura_politica_gessao_org_anizacional/aula_01/imagens/01/Educacao_Formal_Nao_Formal_2005.pdf). Acesso em: 23/09/2017.

GASPAR, Alberto. A educação formal e a educação informal em ciência. In: Massarani, L. I.; Moreira, I.; Brito, F. (Orgs). **Ciência e público: caminhos da divulgação científica no Brasil**. Rio de Janeiro, p.171-183, 2002. Disponível em: <http://files.petlicenciaturas.webnode.com.br/200000024-eb7d2ec774/A%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Formal%20e%20a%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Informal%20em%20Ci%C3%A2ncias.pdf>. Acesso em: 07/03/2017.

GUILHERME, Flavia et.al. Reflexões de uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família sobre o processo de reativação de um Conselho Local de Saúde. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 25, p. 265-271, out-dez 2012.

GOHN, Maria da Gloria. Educação não formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Revista Ensaio Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 50, p. 11-25, 2006.

GOHN, Maria da Gloria. Educação não formal, aprendizagens e saberes em processos participativos. **Investigar em Educação- Revista da sociedade portuguesa de ciências da educação**, Portugal, série II, n. 1, p. 35-50, 2014.

GOHN, Maria da Gloria. Educação não formal nas instituições sociais. **Revista Pedagógica**. Chapecó, v.18, n.39, p.59- 75, set-dez, 2016.

GOULART, Flavio. Dilemas da participação social em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 84, p. 18-32, fev-mar, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Contagem Populacional**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> Acesso em: 22/05/2017, às 22:10h.

JESUS, Samuel Jose Amaral de. O papel da educação em saúde frente às implicações da atenção básica: do profissional à comunidade. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**. Juazeiro do Norte, v. 3, n. 1, p. 1-9, 2015.

L'ABBATE, Solange. Educação em Saúde: uma Nova Abordagem. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 481-490. 1994.

LACERDA, Willian Almeida de; SANTIAGO, Idalina Maria F. Lima. A participação popular na gestão local do Programa de Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10 n. 2, p 197-205, jul-dez, 2008.

LAVALLE, Adrián Gurza. Participação: valor, utilidade, efeitos e causa. In: Roberto Rocha C. Pires (organizador). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: Estratégia de avaliação**. Brasília: Ipea, p. 33-42, 2011.

LAZARINI, Welington Serra; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. O debate sobre educação em saúde no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, ES, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 1227-1239, 2014.

LISBOA, Edgar Andrade; SODRÉ, Francis; ARAÚJO, Maristela Dalbello; QUINTANILHA, Bruna Ceruti; LUIZ, Sara Gonçalves Luiz. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.679-698, set-dez, 2016.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; et.al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MAINARD, Neuza; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo; PELICIONI, Maria Cecília Focesi. Educação e saúde na modernidade e pós-modernidade: um resgate da história. **Revista Extensão em foco - UFPR**. Curitiba, n. 8, 2013. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/extensao/article/view/35312>. Acesso em 28/10/2018.

MARANDINO, Martha et.al. A educação não formal e a divulgação científica: o que pensa quem faz? **IV Encontro nacional de pesquisa em educação em ciências**. 2004. Disponível em: <http://www.geenf.fe.usp.br/v2/wp-content/uploads/2013/09/Educa%C3%A7%C3%A3o-n%C3%A3o-formal.pdf>. Acesso em: 23/09/2017.

MARQUES, Joana Brás Varanda; FREITAS, Denise de. Fatores de caracterização de educação não formal: uma revisão da literatura. **Educação e pesquisa**. São Paulo, v.43, n.4, p. 1087-1110, 2017.

MARTINS, Poliana Cardoso et al. Conselhos de saúde e a Participação social no Brasil: Matizes da utopia. **Physis – Revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, jan-mar, 2008.

MARTUSOV, Eugene; White, Cynthia; ROGOFF, Barbara. Models of teaching and learning: Participation in a community of learners. In: Handbook of education and human development. Oxford, Reino Unido: Blackwell, 1996.  
MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2016.

MIELKE, Fernanda Barreto; COSSETIN, Andiará; OLSCHOWSKY, Agnes. O conselho local de saúde e a discussão das ações de saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Texto e contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2,

p.387-394, abr-jun, 2012. Disponível em <http://www.redalyc.org/html/714/71422962017> Acesso em: 07/03/2017.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-763, nov-dez, 2004.

OLIVEIRA, Lucia Conde de; PINHEIRO, Roseni. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2455-2464, 2010.

OLIVEIRA, Regina Lopes; SANTOS, Marcia Elena Andrade. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. **Revista Enfermagem Integrada – Unilisse**, Ipatinga, v. 4, n. 2, p. 833- 844, nov-dez. 2011.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira; IANNI, Aurea Maria Zollner; DALLARI, Sueli Gandolfi. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p 2329- 2338, 2013.

PARO, Vitor Henrique. **Administração escolar**: introdução crítica. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PESSOTO, Umberto Catarino; NASCIMENTO, Paulo Roberto do; HEIMANN, Luiza Serman. A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, 2001.

PINHEIRO, Roseni. Democracia e Saúde: Sociedade Civil, Cidadania e Cultura Política. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.11-14, 2004

PINTO, Heider Aurélio; FERLA, Alcindo Antonio. Formulação e implementação de políticas como pedagogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos do Sistema Único de Saúde. **Saúde em redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 81-94, 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2013.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Lei Municipal nº 5972** de 23 de abril de 1991. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde em ribeirão preto e dá outras providências. Disponível em: [www.ribeiraopreto.sp.gov.br/J321/pesquisa.xhtml?lei=33425](http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/J321/pesquisa.xhtml?lei=33425). Acessado em :28/10/2018.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Conselhos Locais de Saúde**. Disponível em: [ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/conselho/i16locais-informacao.php](http://ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/conselho/i16locais-informacao.php). Acessado em :28/10/2018.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz

do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan-mar. 2013.

SALIBA, Nemre Adas et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública –RAP**. Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p.1369-1378, nov-dez, 2009.

SEVERINO, Antônio Joaquim. A pesquisa em educação: a abordagem crítico-dialética e suas implicações na formação do educador. **Revista Contrapontos de Univali**. Itajaí, v. 1, n.1, jan-jun, 2001.

SOUSA, Leilane Barbosa et.al. Educação, cultura e participação popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 107-112, jan-mar 2008.

SOUZA, Andréia Vieira de; KRÜGER, Tânia Regina. Participação social no SUS: proposições das conferências sobre o conselho local de saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**. Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 80-96, 2010.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: Dagnino Evenila, organizadora. Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra; 2002. p. 47-103.

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

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p 67-83, 2004.

YIN, Roberto K. **O estudo de caso - planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

WENDHAUSEN, Agueda; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, 2002.

## APÊNDICE 1

### TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

#### ENTREVISTA USUÁRIO 1

Local e data de realização: UBS Nelson Barrionovo, no dia 2 de agosto de 2018

Duração da entrevista: 20 minutos.

#### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Código usuário 1, sexo masculino, faixa etária 68 anos, etnia parda, grau de escolaridade médio completo, estado civil casado, profissão representante comercial.

#### **1. Qual sua expectativa como membro do CLS?**

Minha expectativa como membro é uma expectativa muito boa, eu quero crer que o principal canal, objetivo desse conselho seja aproximar tanto o usuário comum com a pessoas que praticam a saúde no bairro ou no todo da cidade. Então o conselho é um elo de ligação entre a população e quem pratica a medicina seja ela qual for e os que administram a medicina seja de escritório ou administrativo, minha expectativa é essa. Administrativo seja a secretaria ou outros departamentos que participam da saúde.

#### **2. Há quanto tempo participa do CLS como membro ativo?**

Creio que 6 a 7 anos.

#### **3. Para você, o que significa o CLS?**

CSL tem muita importância, como eu falei anteriormente, ele é um órgão que eu considero tipo fiscalizador, sugestivo, formador de opinião pra que o serviço no departamento de saúde, seja municipal a nível de secretaria, tudo que seja funcione de uma forma mais solta, de uma forma mais light como dizem, então é como um órgão fiscalizador e que sugere também alguns aplicativos, algumas linhas de ações que possam melhorar tanto o atendimento como o serviço com um todo.

#### **4. Para você, qual o papel do CLS?**

Seria um órgão fiscalizador e sugestivo, que sugira opiniões e ações e projetos que possam melhorar não só para os usuários mas para os que praticam, os atendentes,

os enfermeiros, os médicos, todos. Então no meu entender essa é função principal do conselho.

**5. De acordo com seu entendimento, qual o papel do CLS para comunidade em que vive?**

CSL para a comunidade, em particularmente eu sinto uma inercia meio parada, por falta pessoas engajadas, por faltas de pessoas com comprometimento para dar prosseguimento as ações, pra dar prosseguimento as fiscalizações, cobranças tipo gestões uma série de coisas, porque a população hoje é muito descrente de quase tudo, de quase tudo a população é muito descrente, não confia, não busca, não procura, as vezes até ela não pode com seus direitos que são básicos, então em função disso falta um engajamento. Eu quero crer que uma divulgação, pois muita gente do bairro não tem ideia ou conhecimento que existe um CLS, então uma divulgação ou um tipo de programação que possa levar este tipo de informação para o usuário comum.

**6. De acordo com seu entendimento, o CLS é um local para aprendizagem?**

Com certeza o CLS é um local de aprendizagem, em todos os sentidos, não só para o usuário mas pra quem presta qualquer tipo de serviço. É um aprendizado que fortalece as duas partes, quem precisa e utiliza o serviço de saúde e quem pratica, o atendente, o médico. Eu quero crer de uma parceria entre o usuário, ele aprende de todas as formas, não só defender, reclamar, esse tipo de coisa, mas participar, participar também de uma forma efetiva, então pra isso há necessidade de um aprendizado, eeeee até vou falar pra você, havendo necessidade algum tipo de treinamento, curso, palestra, alguma coisa neste sentido. Quando você fala de aprendizagem é no sentido tanto de ensinar quanto de receber informações.

**7. De acordo com seu entendimento, o CLS é um local de ensino? Se sim, qual tipo de pessoa o membro da CLS poderia transmitir o ensinamento?**

Exatamente, é isso que eu quero dizer, por isso que eu falei a parceria, é uma reciprocidade, eu aprendo com você e você aprende comigo. Você que trabalha ou alguém que trabalha no posto de saúde, por exemplo, numa unidade de saúde, hospital, alguma coisa, é, aprende e ensina, aí é que eu considero uma parceria.

Existe um tipo de parceria, há um ensinamento, aprendizado, se faz necessário isso. É um local de ensino.

O perfil da pessoa, né? Seria repassar, retransmitir. Primeiramente no seu local de trabalho, em casa, na sociedade, num todo. Porque não existe assim, como vou falar pra você, não existe pessoas a, b, ou c. Todas as pessoas são iguais, e carente da mesma necessidade, e esse aprendizado que eu aprendi eu posso transmitir no meu local de trabalho, no meu entender, no meu local de trabalho, companheiros e amigos, no meu lar com a minha família e no meu círculo de amizade, que inclui a sociedade num todo, então quanto mais gente você puder envolver para que as pessoas tenham esse conhecimento. Porque muita gente não tem conhecimento nenhum de como funciona um órgão de saúde seja uma unidade básica de saúde, seja uma UPA, seja um consultório médico, alguma coisa, vai lá não tem nenhum conhecimento, então a medida que as pessoas adquirem esse conhecimento, é de fundamental importância que ele repasse, que ele retransmita, que ele envolva mais pessoas. Agora no meu entender não existe um tipo de classe A, B, ou C, porque todos são carentes todos são necessários e não tem como separar. Qualquer pessoa, independente do nível sócio econômico.

### **8.O que você aprendeu participando do CLS?**

Eu aprendi principalmente o respeito pela instituição num todo, né. Eu comecei a ver de perto alguns problemas, que quem está de fora, por isso a necessidade do envolvimento de mais pessoas, que quem está de fora só culpa, só cobra, só aponta o dedo, não vive os problemas, por exemplo, uma UPA ou uma unidade de atendimento vive no dia a dia. A partir do momento que você tem contato com esses problemas, que já é um aprendizado para você, você passa vê com outros olhos, aí desperta isso em você, a necessidade de soma, com a solução, sugestão, projetos, planos que possam de alguma forma melhorar o andamento do serviço num todo, então você estando lá dentro, você tem contato com os problemas, aí você vê de outra forma, não como um usuário que exige, resmunga, que cobra, que xinga, que briga, que agride, né é diferente.

### **9. Você ensinou algo para alguém ou para comunidade como membro do CLS?**

Infelizmente, com toda franqueza, muito pouco, em função até que a gente percebe uma certa descrença por parte das pessoas, mas a partir do momento em que eu

acredito que haja um projeto nesse sentido, né, a gente pode, tem como fazer algo mais representativo no sentido de organizar, no sentido de ensinar, no sentido de ajudar e envolver mais pessoas dentro do projeto.

#### **10. Como membro do CLS, você se vê como educador?**

Perfeitamente, eu tenho certeza que eu me enquadro dentro deste perfil de educador, até em função da minha profissão.

#### **ENTREVISTA USUÁRIO 2**

Local e data de realização: UBS Nelson Barrionovo, no dia 14 de agosto de 2018

Duração da entrevista: 15 minutos.

#### **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Código usuário 2, sexo feminino, faixa etária 62 anos, etnia branca, grau de escolaridade superior incompleto em matemática, estado civil casada, profissão empresaria.

#### **1. Qual sua expectativa como membro do CLS?**

Minha expectativa é melhoria para posto, para população.

#### **2. Há quanto tempo participa do CLS como membro ativo?**

Aproximadamente 6 a 7 anos.

#### **3. Para você, o que significa o CLS?**

O papel e o significado do CLS, melhoria de atendimento, conhecimento do que acontece dentro do posto, o que acontece fora, para tentar ajudar, fazer melhoria, dentro da..., de um modo geral, facilitar atendimento, facilitar entrega de medicamento, para que as pessoas de fora entendam o funcionamento lá dentro.

#### **4. Para você, qual o papel do CLS?**

O papel e o significado do CLS, melhoria de atendimento, conhecimento do que acontece dentro do posto, o que acontece fora, para tentar ajudar, fazer melhoria, dentro da..., de um modo geral, facilitar atendimento, facilitar entrega de medicamento, para que as pessoas de fora entendam o funcionamento lá dentro.

**5. De acordo com seu entendimento, qual o papel do CLS para comunidade em que vive?**

O papel pra comunidade, para que as pessoas que são usuária do posto de saúde tenha mais conhecimento do que se passa dentro do postinho, e para melhoria de dentro do posto, melhoria para população lógico né, para que as pessoas que estão usando tenho melhor atendimento, e para as pessoas que estão lá dentro trabalhando possa atender melhor as pessoas.

**6. De acordo com seu entendimento, o CLS é um local para aprendizagem?**

CLS é bastante de aprendizado. Porque cada vez que você aprende alguma coisa lá dentro, tem um conhecimento, você conseguiu passar para as pessoas que não sabem o que acontece lá dentro, é mais até que um aprendizado, é conhecimento das normas, da regularização (regulamentação), de tudo que acontece lá dentro.

**7. De acordo com seu entendimento, o CLS é um local de ensino? Se sim, qual tipo de pessoa o membro da CLS poderia transmitir o ensinamento?**

Passa a ser um local de ensino sim, porque tudo que você aprende ali você conseguiu passar para as outras pessoas que estão usando a unidade lá, de conhecimento e as pessoas já vão começando a entender como que é o postinho, como que trabalha lá dentro, das necessidades, das faltas realmente é um aprendizado ali.

**8. O que você aprendeu participando do CLS?**

Vichi que aprendi tudo lá, você vê sete anos dá para aprender muita coisa, se aprendeu que acontece pro lado de fora, o que acontece lá dentro, deu pra aprender bastante coisa, inclusive até pra ajudar outras pessoas que não sabem isso ai é bastante, foi bastante útil.

**9. Você ensinou algo para alguém ou para comunidade como membro do CLS?**

Ensinei bastante pessoas, bastante pessoas, o que eu aprendi lá dentro eu consegui passar inclusive outras áreas da saúde que eu não conhecia, aprendi a conhecer também, e passar para pessoas que procuram que falam, aí a gente começa a explicar como acontece, o que acontece o que não acontece, aí as pessoas passam a entender melhor, porque também não é só chegar e ah porque aconteceu isso, ah aconteceu aquilo, ah porque isso assim assim, então você começa a conversar com

as pessoas, e começa a tirar aquela revolta do que aconteceu e começa a entender o que aconteceu, entendeu;

### **10. Como membro do CLS, você se vê como educador?**

Eu sou uma educadora, simplesmente eu estou passando tudo que eu conheço para as pessoas.

#### **ENTREVISTA SERVIDOR 1**

Local e data de realização: UBS Nelson Barrionovo, no dia 7 de agosto de 2018

Duração da entrevista: 20 minutos.

#### **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Código servidor 1, sexo masculino, faixa etária 38 anos, etnia parda, grau de escolaridade superior completo em engenharia química, estado civil casado, profissão atual auxiliar farmacêutico.

### **1. Qual sua expectativa como membro do CLS?**

A expectativa quando eu tive a curiosidade de estar participando do Conselho Local de Saúde é de trazer melhorias pro serviço de saúde e pro local e por ser funcionário e morador do bairro, trazer sugestões e melhorias para o serviço e como um todo. Sim para estar próximo da população né e eu gosto de estar próximo da população, achei que ser um instrumento, mecanismo de ligar os dois elos serviço público com a pop que é muito importante essa troca de informação né a via de comunicação.

### **2. Há quanto tempo participa do CLS como membro ativo?**

Eu participei no Castelo Branco em 2005 são duas gestões, 4 anos mais esta gestão são 6 anos.

### **3. Para você, o que significa o CLS?**

Para mim é uma ferramenta importantíssima né, não só para o serviço como um todo, mas uma porta aberta para população para ela trazer alguma melhoria para adequar o perfil da unidade a necessidade da população, então eu achei um recurso extraordinário né para pop e como para o serviço como um todo.

### **4. Para você, qual o papel do CLS?**

O papel do Conselho Local de Saúde é participar né é participar da necessidade da pop. Acho que o Conselho tem que ser ao mesmo tempo ser um termômetro do serviço como um todo ele tem que sentir serviço e sentir a necessidade da pop e vê se o serviço prestado que está sendo pelo município se ele atende a necessidade da pop então o Conselho tem este papel ele é este termômetro que vai sentir se realmente este serviço prestado atende o anseio da população local porque cada área, cada distrito eu entendo existe um perfil e precisa ver se o serviço prestado está sendo executado com eficiência. O Conselho tem esse papel.

**5. De acordo com seu entendimento, qual o papel do CLS para comunidade em que vive?**

Eu creio que o papel fundamental seria esse, até então eu acredito que o Conselho ele visa a melhoria do atendimento né o papel principal objetivo é esse.

**6. De acordo com seu entendimento, o CLS é um local para aprendizagem?**

Positivo totalmente, eeee, eu tive essa experiência, quando participei do Conselho em algumas reuniões, até então a gente tem um preconceito mesmo, até antes de ter a vivência, a gente tem um preconceito das coisas a gente não sabe como funciona exatamente as coisas, então eu acredito que um campo bem vasto de aprendizagem, e a partir do momento que tem contato com serviço e tem contato com a população, você entende como o serviço funciona, não tem mais o preconceito você não acha como o serviço funciona, mas você vê exatamente como o serviço funciona ai dá para você ter um aprendizado como se pode dizer, de entender melhor como é o serviço como um todo não só a parte visual.

**7. De acordo com seu entendimento, o CLS é um local de ensino? Se sim, qual tipo de pessoa o membro da CLS poderia transmitir o ensinamento?**

Positivo, acho que a população como um todo, os membros do Conselho eles tem muito para aprender como o SUS funciona eu acho que é uma porta aberta para essa aproximação de aprendizado, eu acho que pode ser uma escola para os integrantes da comissão principalmente a população.

**8. O que você aprendeu participando do CLS?**

Assim Dani eu acredito que dependendo dessa aproximação, eu não em que área isso é desenvolvido, e que circunstancia vai sendo desenvolvido eu acho eles podem receber uma preparação ou até mesmo uma escola para aprendizado para receberem cursos para eles serem multiplicadores.

Positivo eu trago isso comigo de estar próximo, estar conversando abrindo o canal com o munícipe para ele entender como funciona o SUS, entender seu direitos, entendeu, e também seus deveres. É muito importante esse canal de comunicação entre o serviço público e a população, é muito importante estabelecer, então eu sou totalmente a favor do atendimento humanitário, o atendimento onde você tem contato com a população, você conversa com a população, você conscientiza a população do próprio sistema como ele funciona, então eu sou totalmente aberto a esse tipo de ensino.

Positivo, prendi muito na comissão tive oportunidade de população ali local é uma troca de experiência. Positivo quando entrei na prefeitura em 2005, eu tive já tive a curiosidade de saber como funcionava o sistema, apesar de trabalhar em hospital eu não tinha o entendimento de como funcionava o sistema e foi através Conselho municipal que eu tive essa oportunidade de me aprofundar nesse conhecimento de saber como ele funciona, qual é o objetivo e foi uma experiência de grande conhecimento.

### **9. Você ensinou algo para alguém ou para comunidade como membro do CLS?**

Na época em que eu estava no Castelo Branco eu tive esta aproximação com os munícipes, oportunidade de sentar para dentro do posto, população local e conversar com os munícipes até mesmo fora do posto de saúde, para saber mesmo das melhorias para dentro do posto então eu me aproximei dos munícipes, da população, fiz um abaixo assinado para implantar o RX o castelo branco, uma época que havia necessidade, onde o castelo branco era pronto atendimento ainda então teve uma participação importante da comissão local de saúde, com o gerente da unidade, então eu acho que foi fundamental a participação não só do Conselho., mas da população, o Conselho. Envolvendo a população, entendeu, a necessidade daquele local, então muito importante não foi só um movimento do Conselho, o Conselho foi a ferramenta, tivemos um abaixo assinado de mais de 2000 assinatura para implantação do RX, que até hoje tá lá , apesar de não ser mais distrito, mais ainda tá lá, a população como um todo ela tem que entender existe uma ferramenta

mas a participação da população é importantíssima pra tudo isso acontecer, então pra isso a conscientização da população, através do aprendizagem, que pode ser desenvolvido através da comissão, eles podem ser replicadores.

#### **10. Como membro do CLS, você se vê como educador?**

Positivo não só um educador, ele vai além de um educação, ele passa a ser um replicador de conscientização, ele passa ser um referencial, ele tem esta incumbência, ele passa a informação para população local, deixar ela totalmente participativa daquilo que está acontecendo.

Falo da Participação social, é aquela que envolve a sociedade, aquela que o indivíduo não pensa só nele, uma participação da população com olhar fiscalizador e vai beneficiar um conjunto de pessoas.

Dani eu acho que isso é um dom de comunicação, você falar e a pessoa sentir o que você está falando e entender, eu acho que isso é um dom que Deus me deu, quando eu transmito este tipo de informação a pessoa sente dentro do conjunto, a maneira como a informação é transmitida eu acho que é importantíssima, esse veículo, esse caminho ele tem que ser muito bem claro para população, ela tem que fazer parte a informação, outra coisa toda vez que levo informação eu faço eles entender que estão inserido nesse conjunto, faço eles enxergar o benefício deles em si, vai beneficiar o conjunto mas ele está dentro desse conjunto, então eu entendo que indivíduo entende que ele vai ser beneficiado a resposta dele é outra, aquilo que estamos colocando para ele, tento colocar eles dentro da informação para que eles entendam.

Quando o ser humano entende que ele faz parte do processo, ele participa, quando ele olha e não se vê parte do processo ele ignora. Eu me vejo como educador, eu gosto de estar com pessoas.

#### **ENTREVISTA SERVIDOR 2**

Local e data de realização: UBS Nelson Barrionovo, no dia 10 de agosto de 2018

Duração da entrevista: 15 minutos.

#### **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Código servidor 2, sexo feminino, faixa etária 55 anos, etnia negra, grau de escolaridade médio completo, estado civil divorciada, profissão atual técnico de enfermagem.

**1.Qual sua expectativa como membro do CLS?**

A expectativa para CSL é a melhoria para o bairro e para a unidade

**2.Há quanto tempo participa do CLS como membro ativo?**

Participo desde da segunda gestão da Darcy Vera, 5 anos.

**3. Para você, o que significa o CLS?**

O CSL tem como papel o Conselho tem buscar e que agir, eles busca, buscam, mas não tem retorno, no meu pensamento aqui a população é idosa e está passando da hora de ter PSF. Principalmente para melhoria do idoso, busca mas não tem retorno.

**4.Para você, qual o papel do CLS?**

O CSL tem como papel o Conselho tem buscar e que agir, eles busca, buscam, mas não tem retorno, no meu pensamento aqui a população é idosa e está passando da hora de ter PSF. Principalmente para melhoria do idoso, busca mas não tem retorno.

**5.De acordo com seu entendimento, qual o papel do CLS para comunidade em que vive?**

O papel do CSL para comunidade é buscar melhoria, melhoria na quantidade do atendimento, pois a nosso bairro é muito grande e a unidade é pequena em relação a população.

**6.De acordo com seu entendimento, o CLS é um local para aprendizagem?**

CLS é um local de aprendizado. Eu sou curiosa e tudo que vai em busca de melhoria você está sempre aprendendo.

**7.De acordo com seu entendimento, o CLS é um local de ensino? Se sim, qual tipo de pessoa o membro da CLS poderia transmitir o ensinamento?**

CLS é local que ensina, as vezes a gente está dentro da unidade e quem está de fora é mais fácil trazer a dificuldade da necessidade da população. A transmissão do ensinamento é para todos.

**8.O que você aprendeu participando do CLS?**

Eu aprendi ver a necessidade dos moradores do bairro.

**9. Você ensinou algo para alguém ou para comunidade como membro do CLS?**

Já ensinei as rotinas da unidade todos os dias, pois nós temos acolhimento todos os dias, e quando eu faço o acolhimento que é uma das funções que a gente tem.

#### **10. Como membro do CLS, você se vê como educador?**

Sim eu me vejo como educadora, pois a partir do momento em que eu faço acolhimento eu transmito a informação da rotina do serviço e o serviço público é um serviço educativo. E acrescento que precisamos de PSF, precisamos 6 equipes dentro da unidade.

#### **ENTREVISTA SERVIDOR 3**

Local e data de realização: UBS Nelson Barrionovo, no dia 04 de agosto de 2018

Duração da entrevista: 15 minutos.

#### **DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Código servidor 3, sexo feminino, faixa etária 40 anos, etnia branca, grau de escolaridade superior completo em administração de empresa, estado civil casada, profissão atual auxiliar farmacêutico.

#### **1. Qual sua expectativa como membro do CLS?**

Pode ajudar, saber quais os problemas da população, em relação a gente e também o que a gente pode melhorar o nosso atendimento em relação a população.

#### **2. Há quanto tempo participa do CLS como membro ativo?**

Sou conselheira desde 2007.

#### **3. Para você, o que significa o CLS?**

CLS significa a gente poder estar perto da população. Estar junto com eles, estar “tete a tete”. O papel do CLS é fazer uma ponte da população e o servidor.

#### **4. Para você, qual o papel do CLS?**

CLS significa a gente poder estar perto da população. Estar junto com eles, estar “tete a tete”. O papel do CLS é fazer uma ponte da população e o servidor.

#### **5. De acordo com seu entendimento, qual o papel do CLS para comunidade em que vive?**

Papel do CSL para comunidade, eles podem através do conselho fazer as reclamações, ver o que eles acham que pode ser melhorado e é um jeito da população se comunicar com a gente.

**6. De acordo com seu entendimento, o CLS é um local para aprendizagem?**

Sim eu vejo que o CLS como local de aprendizagem, na verdade a gente pode passar um outro lado da história, pra eles entenderem como realmente funcionam as coisa, e nós aprendemos com eles o que eles acham que estamos fazendo de errado e eles aprendem como a gente fala nas reuniões.

**7. De acordo com seu entendimento, o CLS é um local de ensino? Se sim, qual tipo de pessoa o membro da CLS poderia transmitir o ensinamento?**

Sim o CLS é um local de ensino, as reuniões são restritas então na verdade o que a gente sabe a gente passa para o membros de conselho, não sei se a gente consegue, apesar do que a gente fala ali as pessoas são livres para passar a informação para qualquer pessoa, então acaba transmitindo alguma informação e ensinamento para outros, se os membros participam eles acabem falando pros vizinhos e própria família, dessa forma o conhecimento vai expandindo. Assim a informação é passada para qualquer tipo de pessoa, leigo e com qualquer formação.

**8. O que você aprendeu participando do CLS?**

Eu aprendi que a população consegui ver realmente como a gente é, estar mais próximo da gente, e não ter aquela, a gente sabe que já tem uma coisa com funcionário público, tem um pré conceito formado, então pelo menos ficando próximo da pop, eles podem ver como é nosso trabalho.

**9. Você ensinou algo para alguém ou para comunidade como membro do CLS?**

O que eu já consegui passar é relacionado com a farmácia, é o que eu posso exemplificar é relacionado com meu trabalho, a farmácia, que é o que eu sei fazer, realmente tem coisas que eles não estava sabendo, como funcionavam o andamento e por que tinha aquela norma, eu só pude ensinar no âmbito do meu trabalho do meu setor.

**10. Como membro do CLS, você se vê como educador?**

De certa forma me vejo como educadora.

**ENTREVISTA ASSOCIADO 1**

Local e data de realização: UBS Nelson Barrionovo, no dia 29 de agosto de 2018

Duração da entrevista: 15 minutos.

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Código associado 1, sexo masculino, faixa etária 75 anos, etnia branca, grau de escolaridade fundamental completo, estado civil casado, profissão mecânico, atualmente aposentado.

**1. Qual sua expectativa como membro do CLS?**

Ah, a minha expectativa é que nós continue com nossas reuniões e com boas ideias, né? boas ideias, porque com a ideias se aproveita e toca pra frente, né?

**2. Há quanto tempo participa do CLS como membro ativo?**

Ah, Quase 20.

**3. Para você, o que significa o CLS?**

O conselho local de saúde pra nós é muito bom, pra todo mundo é muito bom, porque se você precisa de alguma coisa ou reclamar, né, dar ideia ou reclamar. Você tem aonde reclamar, né? você tem onde ir, se não tem o conselho local de saúde na reunião, não tem jeito. Eu acho que tem que ter.

**4. Para você, qual o papel do CLS?**

O papel da gente é correr atrás, dar opinião, participar de quando precisar de um trabalho, ne! eu acho que é o papel... Se tem uma porta, não dá da você arrumar? ou essa que é a parte nossa, né? alguém que saiba que entenda, eu acho que é isso, né? não é só vir na reunião, não.

**5. De acordo com seu entendimento, qual o papel do CLS para comunidade em que vive?**

Eu acho que, deixa eu ver... ajudar né, correr atrás da pessoa, né? Até uma pessoa pobre, tá doente, qualquer coisa. Não vai lá, a gente tem que participar disso né? Porque tem gente que pergunta... uma vez me ligaram na casa sobre saúde, eu disse ué vai lá no postinho. Vai lá, que eles te atendem direitinho. Porque atendem bem, viu?

**6. De acordo com seu entendimento, o CLS é um local para aprendizagem?**

Eu acho que pode sim, ensino muita coisa, a gente faz reunião com mais gente. E explicar pra ele como é que é a saúde, qual é a providência pra tomar. Eu acho que

vale muito, vamos supor, ou você mesmo ou professor de uma turma com o pessoal pra aproveitar, né? eu acho que aproveita né.

**7. De acordo com seu entendimento, o CLS é um local de ensino? Se sim, qual tipo de pessoa o membro da CLS poderia transmitir o ensinamento?**

Eu acho que pode sim, ensino muita coisa, a gente faz reunião com mais gente. E explicar pra ele como é que é a saúde, qual é a providência pra tomar. Eu acho que vale muito, vamos supor, ou você mesmo ou professor de uma turma com o pessoal pra aproveitar, né? eu acho que aproveita né.

**8. O que você aprendeu participando do CLS?**

Olha, eu aprendi né? Apesar de que eu não uso aqui, né? Porque. Mas, eu aprendi, tem muita coisa que a gente precisa aqui, e é ajudar.

**9. Você ensinou algo para alguém ou para comunidade como membro do CLS?**

Não, acho que não, a única coisa que eu dou é a informação, ensinar assim, não. É como ensino também né? se eu estou informando, eu estou ensinando alguma coisa, né?.

**10. Como membro do CLS, você se vê como educador?**

Aí, eu... um educador tem que entender das coisas pra saber dar o conselho, né? A pessoa se está com um problema, ou igual assim, uma vez nos ficou aqui na porta, foi pondo na fila direitinho, né, como que é. Educador eu acho que é isso, eu me considero um educador, se eu educo minha família.

**ENTREVISTA ASSOCIADO 2**

Local e data de realização: UBS Nelson Barrionovo, no dia 29 de agosto de 2018

Duração da entrevista: 15 minutos.

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Código associado 2, sexo feminino, faixa etária 77 anos, etnia branca, grau de escolaridade fundamental completo, estado civil divorciada, profissão aposentada.

**1. Qual sua expectativa como membro do CLS?**

Eu me sinto, assim, orgulhosa de ser membro da comissão local de saúde, porque sempre a gente pode estar dando um conselho para alguém, ajudando alguém, visando mostrar o que acontece no nosso posto. A gente tem, assim, muita...

Trabalho com muito amor e carinho nessa parte que a gente faz parte, que é a comissão local de saúde.

## **2.Há quanto tempo participa do CLS como membro ativo?**

Mais ou menos, uns 25 anos.

## **3. Para você, o que significa o CLS?**

Pra mim, eu acho que é uma ótima coisa que nós temos, assim, uma ótima expectativa. Porque sempre a gente visualiza olhar para os que necessitam e quando a gente vai no posto a gente sempre procura saber as vezes a pessoa reclama pra gente, então a gente fala, olha vai pede vamos procurar um jeito de conseguir qualquer coisa melhor pra nós mesmos.

## **4.Para você, qual o papel do CLS?**

Papel do CLS. A gente toma conta de muita coisa, parece que não, mas a gente sempre trabalha em comunidade. Nós estamos sempre visualizando o melhor que a gente pode fazer, vendo o que dá de melhor pra fazer.

## **5.De acordo com seu entendimento, qual o papel do CLS para comunidade em que vive?**

Papel para comunidade. Aí, muita coisa boa. Pode sim, Ajudar naquilo que eles precisam, onde procuraram, onde se informaram, onde ter. um lugar pra se informar melhor do que nós temos já direito, relacionado com a saúde lógico, porque a saúde nossa é a principal coisa.

## **6.De acordo com seu entendimento, o CLS é um local para aprendizagem?**

Local de aprendizagem. Também, muito, muito, muito. Porque tudo o que a gente precisa, a gente tem que ter um lugar pra uma informação, e no conselho municipal de Saúde, se você precisar você procurando se informar, você fica "informizado".

## **7.De acordo com seu entendimento, o CLS é um local de ensino? Se sim, qual tipo de pessoa o membro da CLS poderia transmitir o ensinamento?**

Local de ensino. Muito, muito, muito... Bom, aí, ele pode dar, assim... precisa de uma cirurgia, vai ser informar no conselho local de saúde, principalmente no nosso posto. Tudo o que a gente precisa, se você chegar aí na nossa base, você chega, você pergunta. Sempre tem alguém que te informa pelo o que eu vejo, pelo o que eu pesquiso... Porque seu vou muito lá no posto, e você sabe disso... eu sempre

procuro saber, você está sendo bem atendido, você está sendo bem orientado, sempre eu recebi elogios dentro do nosso posto. A gente pode ensinar pra qualquer tipo de pessoa, seja ela pobre rica, formada, analfabeta, pra qualquer pessoa.

#### **8.O que você aprendeu participando do CLS?**

Aprendi muita coisa boa. Muita, muita coisa boa. Eu aprendi assim, que a gente tem que doar alguma coisa em prol da pessoa, que a gente pode informar para uma pessoa se sentir mais, como se diz, mais assim, acolhida dentro da unidade. E às vezes eu tô falhando de falar alguma coisa porque sexto dia de cirurgia de catarata não é fácil, mas está tudo bem, graças a Deus. Como eu consegui tudo aí por dentro do posto, e fui muito bem atendida. Meu Deus e como!

#### **9. Você ensinou algo para alguém ou para comunidade como membro do CLS?**

Ensinei muita coisa, porque pergunta como eu faço pra fazer isso, vai em tal lugar que você consegue, vai no posto e fala com a Daniela, vai nisso e procura um médico, pede um orientação pra alguém, porque sempre tem alguém que te orienta.

#### **10.Como membro do CLS, você se vê como educador?**

Não me vejo assim, uma pessoa não tanto educadora, mas uma pessoa que pode ajudar alguém, principalmente, uma pessoa bem humilde, as vezes a gente ajuda com amor e carinho, e aí precisa de pessoas que também ajude mais o pessoal, porque tem gente Daniela, que não tem nem dinheiro pra comprar um remédio, não tem nada. E sempre visualiza procurar uma coisa boa pra si, e não sabe onde procurar, e se a gente orientar ele vai e acha. Estou certa ou não estou? Quando eu transmito a informação acredito que serve para educar muito, serve pra carinho, serve para amizade, serve para o bem da pessoa. Não me vejo como educadora, quem sou eu para ser uma educadora? (risos).

## APÊNDICE 2

### INSTRUMENTO

#### PARTE I - Caracterização

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Faixa etária: ( ) 18 a 25 anos ( ) 26 a 30 anos ( ) 31 a 40 anos ( ) 41 a 60 anos ( ) acima de 60 anos

Etnia: ( ) branca ( ) parda ( ) negra ( ) amarela ( ) indígena

Grau de escolaridade: ( ) Fundamental completo ( ) médio completo ( ) superior completo ( ) Fundamental incompleto ( ) médio incompleto ( ) superior incompleto

Se Ensino Superior, qual formação: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) solteira(o) ( ) casada(o) ( ) divorciada(o) ( ) viúva(o) ( ) amasiada(o)

Profissão: \_\_\_\_\_

#### PARTE II – Questões relativas ao tema

1. Qual sua expectativa como membro do CLS? Justifique.
2. Há quanto tempo participa do CLS como membro ativo?
3. Para você, o que significa o CLS?
4. Para você, qual o papel do CLS?
5. De acordo com seu entendimento, qual o papel do CLS para comunidade em que vive?
6. De acordo com seu entendimento, o CLS é um local para aprendizagem? Explique.
7. De acordo com seu entendimento, o CLS é um local de ensino? Se sim, qual tipo de pessoa o membro da CLS poderia transmitir o ensinamento?
8. O que você aprendeu participando do CLS?
9. Você ensinou algo para alguém ou para comunidade como membro do CLS?
10. Como membro do CLS, você se vê como educador? Justifique.

## APÊNDICE 3

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Daniela Witter Soares

ORIENTADORA: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Sidnéia da Silva

Eu, conselheiro local de saúde, \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_, residente na Rua/Av \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

#### 1 JUSTIFICATIVA DA PESQUISA

Em função da importância da participação social na gestão do Sistema Único de Saúde, esse trabalho vem possibilitar aos atores sociais do micro espaço de aprendizagem do Conselho Local de Saúde, de uma Unidade Básica de Saúde, a visibilidade da importância do papel de educador dos membros desse conselho.

#### 2 OBJETIVOS DA PESQUISA

##### 2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a concepção de representação social de um Conselho Local de Saúde, na perspectiva dos membros.

##### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os participantes de um Conselho Local de Saúde em uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto/SP;

Levantar o entendimento dos membros de um Conselho Local de Saúde sobre a definição e papel do Conselho Local de Saúde;

Levantar qual o entendimento do participante do Conselho Local de Saúde quanto ao Conselho ser espaço de ensino aprendizagem no campo da educação em saúde.

#### 3 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo será realizado junto ao Conselho Local de Saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Nelson Barrionovo.

As atividades propostas serão realizadas na UBS Nelson Barrionovo após as reuniões mensais desse Conselho.

#### 4 PROCEDIMENTOS A QUE SERÁ SUBMETIDO

Você participará de um estudo piloto, direcionado aos membros do Conselho local de saúde da UBS Nelson Barrionovo pertencente ao Distrito Central da cidade de Ribeirão Preto. Será aplicado aos membros desse conselho de saúde, um questionário previamente validado, para avaliar o entendimento do participante do Conselho Local de Saúde quanto ao Conselho ser espaço de ensino aprendizagem no campo da educação em saúde, por meio da metodologia selecionada. O período de entrevista será de sessenta dias com tempo de aplicação de cada entrevista gravada de 30 minutos.

A entrevista será composta por duas etapas, a primeira de caracterização do entrevistado e a segunda perguntas relevantes ao tema a ser explorado.

#### **4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa baseada em sua participação na entrevista gravada, e não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nessa instituição.

#### **5 OUTRAS INFORMAÇÕES**

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nessa Instituição, respaldando-se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução 466/12, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

Será mantida a confidencialidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido à (o) Sr.<sup>a</sup> ou Sr. o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nessa pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: 36036915.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Assinatura do participante**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desse indivíduo para a participação desse estudo.

---

**Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Sidnéia da Silva (Pesquisadora orientadora)**

RG: 20.907.158

CPF: 144.427.278-05

---

**Daniela Witter Soares (Pesquisadora)**

RG: 7.647.667

CPF: 071.699.768-11

## APÊNDICE 4

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA AO SECRETÁRIO DA SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO – SP

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS DE PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO- SP

Ilmo. Sr.

**Dr. Sandro Scarpellini**

**Secretário da Saúde de Ribeirão Preto/SP**

Solicitamos junto a Vossa Senhoria a autorização para realizar um estudo que tem como objetivo conhecer o entendimento do participante do Conselho Local de Saúde quanto ao Conselho ser espaço de ensino aprendizagem no campo da educação em saúde, com a finalidade de contribuir para as políticas de saúde PNEPS, PNH e programa PMAQ no município.

Trata-se de uma pesquisa intitulada: **Representação social de um Conselho Local de Saúde: um espaço para educação em saúde**, baseada na participação dos membros efetivos do Conselho Local de Saúde da Unidade Básica de Saúde Nelson Barrionovo, portanto, não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o Consentimento Livre e Esclarecido de cada um será necessário. Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nessa instituição. A coleta de dados será realizada pela mestrandia.

Diante da importância reservada às questões de pesquisa nesse município, reiteramos tal solicitação nos comprometendo a cumprir todas as questões éticas envolvidas na ação e resultados.

Atenciosamente,

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Sidnéia da Silva  
Pesquisadora  
Pesquisadora responsável – orientadora

---

Daniela Witter Soares -

Aprovado em:

---

Claudia Siqueira Vassinom  
Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa

Ribeirão Preto, 20 de agosto de 2017.

## APÊNDICE 5

### DECLARAÇÃO DA PESQUISADORA

Eu, Daniela Witter Soares, na condição de pesquisadora responsável por esse projeto, sendo orientada pela Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva, DECLARO que:

3. Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações;
4. As informações obtidas no desenvolvimento desse trabalho serão utilizadas apenas para atingir o objetivo previsto na pesquisa;
5. Os dados serão coletados no banco de dados disponibilizado pela Instituição hospitalar onde está proposto o estudo e me responsabilizo pelo arquivo e sua guarda, após o uso;
6. Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados, após autorização da Instituição onde ocorrerá o estudo, bem como do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP);
7. Comunicarei ao CEP da suspensão ou do encerramento da pesquisa, caso essa condição se configure necessária no processo de realização do estudo proposto;
8. Cumprirei os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde;
9. O CEP será comunicado em caso de efeitos adversos da pesquisa;

Atenciosamente,

---

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Sidnéia da Silva – Pesquisadora responsável - orientadora  
**CPF: 144427278-05**  
**RG: 20907158**

---

Daniela Witter Soares - Pesquisadora  
**CPF: 07699768-11**  
**RG: 7647667**

Ribeirão Preto, 20 de agosto de 2017.

## ANEXO A

Concordância do Projeto de Pesquisa junto a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto para ser autorizado pela Secretaria de Saúde.



**Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto**  
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



OF4184/2017- CAPP  
ALS/2017

Ribeirão Preto 25 de Outubro de 2017.

Prezada Senhora

Informo que o gerente da UBS Nelson Barriornovo da Secretaria Municipal da Saúde manifestou a concordância com a realização do projeto de pesquisa em sua Unidade.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: "**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: UM ESPAÇO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**" sob a responsabilidade da Profª Drª **Silvia Sidnéia da Silva** e da orientanda **Daniela Witter Soares** no local supra citado.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente. Fica consignada a liberdade de esta Secretaria retirar o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem que isso lhe traga prejuízo ou responsabilização de qualquer ordem.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

  
Dra. Claudia Siqueira Vassimon

**Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa  
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-CAPP**

Ilustríssima Senhora

**SILVIA SIDNÉIA DA SILVA**

COORDENADORA DO PROJETO DE PESQUISA

Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

NESTA

---

Secretaria Municipal da Saúde  
Comissão de Avaliação Projeto de Pesquisa  
Av. Francisco Junqueira 1665, Centro, Ribeirão Preto  
Fones: 39692205 / e-mail: [cappi@saude.pmrp.com.br](mailto:cappi@saude.pmrp.com.br)

---

## ANEXO B

### Parecer consubstanciado do CEP

UNAERP - UNIVERSIDADE DE  
RIBEIRÃO PRETO



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÃO SOCIAL DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE - UM ESPAÇO PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

**Pesquisador:** Silvia Sidneia da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 76157617.1.0000.5498

**Instituição Proponente:** Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Proprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.566.017

##### Apresentação do Projeto:

Conteúdo e estrutura metodologicamente condizentes, conforme a análise anterior.

##### Objetivo da Pesquisa:

Tanto objetivo geral (Analisar a concepção de representação social de um Conselho Local de Saúde, na perspectiva dos membros) quanto específicos pertinentes.

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios adequados, conforme análise anterior.

##### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme análise anterior, as pendências foram atendidas quanto a hipótese do estudo, amostra e população e procedimento de coleta de dados.

##### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de Apresentação Obrigatória adequados, inclusive os que foram acrescentados e modificados nesta segunda análise, como a apresentação do instrumento de coleta de dados e a adequação do TCLE.

##### Recomendações:

Conforme análise anterior, as pendências foram atendidas, portanto, agora nesta análise não há recomendações.

**Endereço:** Av Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D

**Bairro:** RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380

**UF:** SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO

**Telefone:** (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE  
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer 2.996.017

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conforme análise anterior, todas as pendências foram atendidas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de pesquisa aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1012410.pdf	15/12/2017 06:31:17		Aceito
Outros	respostasaspendingiasCEPDanielak.docx	15/12/2017 06:30:45	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	respostasaspendingiasCEPTCLEDaniel.a.docx	15/12/2017 06:29:51	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDanielaWitter.pdf	10/10/2017 16:39:29	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	Protocolosolicitacaoautorizacao.docx	10/10/2017 16:31:36	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	Solicitacaocomissaopesquisaprefeitura.docx	10/10/2017 16:29:51	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	declaracaopesquisadoras.docx	10/10/2017 16:28:51	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	cartaenvioCEPdaniela.docx	10/10/2017 16:28:15	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Outros	Instrumentodaniela.docx	10/10/2017 16:27:47	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Orçamento	Orçamentodaniela.docx	10/10/2017 16:27:11	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Cronograma	Cronogramadaniela.docx	10/10/2017 16:26:53	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.docx	10/10/2017 16:26:34	Silvia Sidnéia da Silva	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D

Bairro: RIBEIRANIA

CEP: 14.096-380

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3603-6895

Fax: (16)3603-6815

E-mail: cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE  
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Processo nº 566.017

RIBEIRÃO PRETO, 27 de Março de 2018

---

Assinado por:  
Luciana Rezende Alves de Oliveira  
(Coordenador)

Endereço: Av Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: [cefica@unaerp.br](mailto:cefica@unaerp.br)