

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

CRISTIANI MARTINS VOSS

A RELEVÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NOS CONSELHOS DE SAÚDE  
PARA A EFETIVIDADE DO CONTROLE SOCIAL

Joinville

2017

CRISTIANI MARTINS VOSS

A RELEVÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NOS CONSELHOS DE SAÚDE  
PARA A EFETIVIDADE DO CONTROLE SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Campus Joinville do Instituto Federal de Santa Catarina para obtenção do diploma de Tecnólogo em Gestão Hospitalar.

Orientadora: Márcia Bet Kohls

Joinville

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor.

Voss, Cristiani Martins  
A Relevância da Educação Permanente nos  
Conselhos de Saúde para a efetividade do  
Controle Social / Cristiani Martins Voss ;  
orientação de Márcia bet Kohls. Joinville, SC,  
2017. 82 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) - Instituto  
Federal de Santa Catarina, Câmpus Joinville. Superior  
de Tecnologia em Gestão Hospitalar. . Includ  
Referências.

1. Educação Permanente. 2. Controle Social. 3.  
Conselhos de Saúde. I. Kohls, Márcia bet. II. Instituto  
Federal de Santa Catarina. . III. Título.

**A RELEVÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NOS CONSELHOS DE SAÚDE  
PARA A EFETIVIDADE DO CONTROLE SOCIAL**

CRISTIANI MARTINS VOSS

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título em Tecnólogo em Gestão Hospitalar e **Aprovado** na sua forma final pela comissão avaliadora abaixo indicada.

Joinville, 20 junho de 2017.

---

Prof<sup>a</sup>. Márcia Bet Kohls  
Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Mariéle Terezinha Krampe Machado  
Avaliadora

---

Prof<sup>a</sup>. Roni Regina Miquelluzzi  
Avaliadora

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu **Amigo** que esteve comigo do início ao fim dessa jornada e que continuará comigo, meu **Deus** te louvo por essa vitória.

Júlia e Lucas vocês fazem parte dessa conquista, sei que estive ausente dispensando tempo e energia aos estudos, mas sei também que vocês estão felizes por a mãe estar concluindo esse curso, minha gratidão e amor a vocês meus filhos.

A meus familiares e amigos, coloco assim porque não quero esquecer de ninguém, a você que se alegrou quando passei no Enem, que chorou comigo e por mim, que me incentivou e acreditou em mim, a vocês muito obrigado.

A toda equipe IFSC-Campus Joinville pelo acolhimento, respeito, conhecimento teórico e prático compartilhado comigo e meus colegas, por quererem mais de nós, não só memorização de conteúdo, mas cidadãos críticos e disseminadores do conhecimento adquirido.

A equipe NARAS- da Secretaria da Saúde que oportunizou mais do que um estágio, uma troca de experiências e um ambiente acolhedor e humanizado.

Ao Conselho Municipal de Saúde de Joinville pela oportunidade de conhecer o seu trabalho, que voluntariamente exercem pela população de Joinville.

A minha Orientadora Márcia Bet Kohls por dedicar seu tempo em ajudar na orientação e construção desse trabalho de Conclusão de Curso.

Aos colegas pelo carinho sempre dispensado a minha pessoa, fico com um pouco de cada um e desejo que um pouco de mim fique em vocês.

“ As pessoas podem fazer seus planos, porém é o SENHOR Deus quem dá a última palavra” Provérbios 16: 1

## RESUMO

O Trabalho de Conclusão de Curso apresentou na revisão de literatura o histórico da saúde até a criação do Sistema Único de Saúde. Explanou-se sobre o Controle Social exercido pelas Conferências e pelos Conselhos de Saúde. Descreveu-se sobre a Educação Permanente no Controle Social e o quanto contribui para o desenvolvimento da democracia participativa. O objetivo deste estudo foi elencar a importância da Educação Permanente no Controle Social. Um dos recursos metodológicos utilizados foi a pesquisa bibliográfica, fundamentada no banco de dados das bibliotecas eletrônicas SCIELO e LILACS, que mostraram as experiências de Educação Permanente em diferentes regiões do Brasil, entre 2010 e 2016. A pesquisa documental foi o outro recurso metodológico aplicado e por meio desta demonstrou-se como a Educação Permanente ocorre no Conselho Municipal de Saúde de Joinville. O estudo mostrou que as políticas públicas são realizadas por intermédio do Sistema Único de Saúde e devido à complexidade do mesmo, a Educação Permanente é um fator determinante para a efetividade do Controle Social.

Palavras chave: Educação Permanente. Controle Social. Conselhos de Saúde

## **ABSTRACT**

The Work of Course Conclusion presented in the literature review the history of health until the creation of “Sistema Único de Saúde”. It was explained about the Social Control exercised by the Conferences and Health Councils. It was described about the Permanent Education in Social Control and how much it contributes to the development of participatory democracy. The objective of this study was to highlight the importance of Permanent Education in Social Control. One of the methodological resources used was the bibliographic research, based on the database of the electronic libraries SCIELO and LILACS, that showed the experiences of Permanent Education in different regions of Brazil between 2010 and 2016. The documentary research was the other methodological resource applied and through this it was demonstrated how the Permanent Education occurs in the Municipal Health Council of Joinville. The study showed that public policies are carried out through “Sistema Único de Saúde” and due to the complexity of it, Permanent Education is a determining factor for the effectiveness of Social Control.

Keywords: Permanent Education. Social Control. Health Councils

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Conferências Nacionais .....	22
Quadro 2- Organização do Conselho .....	25
Quadro 3- Agenda do conselho de saúde com foco no ciclo de planejamento .....	31
Quadro 4- Temáticas das Capacitações de 2016 .....	59
Quadro 5- Participantes dos encontros de Capacitação .....	60
Quadro 6- Internações Hospitalares em Joinville no ano 2016 .....	65
Quadro 7- Produção Ambulatorial em Joinville no ano 2016 .....	66
Quadro 8- Óbitos em Joinville em 2015 .....	66
Quadro 9- Receitas adicionais para o Financiamento da Saúde.....	68
Quadro 10- Recursos Federal e Municipal para obras.....	69

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs- Caixas de aposentadoria

CAI- Comissão de Assuntos Internos

CAE- comissão de Assuntos Externos

CES- Conferência Estadual de Saúde/ Conselho Estadual de Saúde

CIB- Comissão Intergestores Bipartite

CIES- Centro de Integração de Educação e Saúde

CIST- Comissão Intersectorial de Saúde do Trabalhador

CIT- Comissão Intergestores Tripartite

CONASS- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONASEMS- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CMS- Conselho Municipal de Saúde

CNS- Conferência Nacional de saúde/ Conselho Nacional de Saúde

DATASUS- Departamento de Informática do SUS

DNPS- Departamento Nacional de Saúde Pública

FMS- Fundo Municipal de Saúde.

IAPS- Institutos de Aposentadoria e Pensão

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LDO- Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA- Lei Orçamentária Anual

LILACS- Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde

NOB- Norma Operacional Básica

NOAS- Norma Operacional da Assistência à Saúde

OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde

PAS- Plano Anual de Saúde

PPA- Plano Plurianual

PNEPSUS -Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS

PMJ- Prefeitura Municipal de Joinville

PMS- Plano Municipal de Saúde

SGEP- Secretaria de Gestão Estratégica Participativa

SIOPS- Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde

SCIELO- Scientific Electronic Library Online

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

TCU- Tribunal de Contas da União

UBS- Unidade Básica de Saúde

UBSF- Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>14</b>
1.1. Justificativa.....	15
1.2 Problema.....	16
1.3 Objetivos .....	16
1.3.1 Objetivo Geral.....	16
1.3.2 Objetivos Específicos.....	16
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
2.1 Panorama da saúde anterior ao SUS .....	17
2.2 SUS e Controle Social .....	19
2.2.1 Conferências de Saúde .....	21
2.2.2 Conselhos de Saúde.....	23
2.2.2.1 Estrutura para o funcionamento dos Conselhos .....	24
2.2.2.2 Os Conselheiros .....	26
2.2.2.3 Critério de escolha dos Conselheiros .....	27
2.2.2.4 O fluxo de trabalho das plenárias .....	28
2.2.2.5 Atribuições dos Conselhos .....	29
2.2.2.6 Planejamento e acompanhamento das ações em Saúde.....	32
2.3 Educação Permanente no Controle Social .....	34
2.3.1 Objetivos da Política de Educação Permanente no Controle Social.....	35
2.3.2. Os 5 eixos estruturantes da Política de Educação Permanente no Controle Social.....	36
2.3.3 Responsáveis pela Educação Permanente no Controle Social .....	37
2.3.4 Parcerias que fortalecem o Processo de Educação Permanente no Controle Social .....	38
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>40</b>
3.1 Características da pesquisa .....	40
3.2 Caracterização da Instituição estudada .....	41
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>43</b>
4.1 Pesquisa Bibliográfica- Educação Permanente nos Conselhos de Saúde .....	43
4.1.1 Análise da percepção dos conselheiros distritais de saúde a respeito dos processos de educação permanente para o controle social no SUS.....	43
4.1.2 O exercício do Controle Social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE .....	44
4.1.3 Estudo realizado no município de Feira de Santana, na Bahia .....	45

4.1.4 Capacitação para quê? O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste.....	45
4.1.5 Educação permanente no âmbito do controle social no SUS .....	46
4.1.6 Capacitação no município de Viçosa-MG .....	47
4.1.7 Percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde .....	49
4.1.8 Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação.....	51
4.1.9 Conselheiros usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade .....	51
4.1.10 Os conselhos gestores municipais como instrumentos da democracia deliberativa no Brasil.....	52
4.1.11 Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde .....	53
4.1.12 Estudo realizado no município de Colombo, PR.....	53
4.2 Análise sobre os autores.....	54
4.3 Pesquisa Documental .....	55
4.3.1 Conselho Municipal de Saúde de Joinville.....	56
4.3.2 Atribuições do Conselho Municipal de Saúde de Joinville .....	57
4.4 Educação permanente no Conselho Municipal de Saúde de Joinville .....	58
4.4.1 Capacitações Internas .....	58
4.4.2 Capacitações Externas .....	62
4.5 Resultado do exercício de 2016 do Conselho Municipal de Saúde de Joinville .....	63
4.6 Por que o Conselho Municipal de Joinville precisa de Educação Permanente? .....	64
4.6.1 A periodicidade de renovação dos seus membros .....	64
4.6.2 Fatores que influenciam nas ações e Serviços em Joinville .....	64
4.6.3 A complexidade do Sistema Único de Saúde exige conhecimento .....	67
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>70</b>
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE A- Autorização para a realização da pesquisa.....	81
ANEXO A- Edital de Convocação para 276ª Assembleia Geral Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Joinville .....	82

## 1 INTRODUÇÃO

A Educação Permanente é um termo muito utilizado em vários segmentos, e segundo Cortella (2015, p. 55-56) “Nunca foi tão forte a ideia de educação permanente. A frase ‘A educação nunca acaba’, que era só um mote para dizer que estamos vivendo e aprendendo continuamente, ganha um nível de urgência”.

No setor da Saúde não é diferente, pois é um setor dinâmico e envolve uma série de fatores como organização, funcionamento e financiamento que precisam ser compreendidos e conhecidos para a tomada de decisão efetiva.

O Sistema Único de Saúde se divide em três níveis: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade. As ações e serviços de saúde são descentralizadas, o que requer um planejamento adequado através das pactuações. Não obstante, a saúde é financiada pelas três (3) Esferas de Governo: Federal, Estadual e Municipal.

Essa complexidade que envolve o setor da saúde demanda conhecimento e discernimento na elaboração das Políticas Públicas de Saúde, pois conduzirão as ações e serviços prestados a sociedade.

Nesse sentido, a pesquisa trouxe um breve resgate histórico da saúde no País até chegar no Sistema Único de Saúde e na conquista popular de direito a participar nas Políticas Públicas de Saúde.

Essa participação é conhecida como Controle Social e acontece por meio das Conferências e dos Conselhos de Saúde. Porém, o Conselho de Saúde é o responsável por deliberar sobre as Políticas de Saúde como instância legítima, onde a comunidade pode exercer o papel de acompanhar, monitorar e fiscalizar as ações e serviços em saúde, bem como, os recursos financeiros gastos com saúde.

Diante dessa responsabilidade, apresenta-se a estrutura e funcionamento do Conselho, suas atribuições e de que forma a Educação Permanente pode contribuir para que o Controle Social possa ser efetivo.

Sendo assim, optou-se em levantar por meio da pesquisa bibliográfica, experiências de Educação Permanente em regiões diferentes do Brasil, no ano de 2010 a 2016 e conhecer mediante pesquisa Documental, como a Educação Permanente ocorre no Conselho Municipal de Joinville.

### 1.1. Justificativa

O curso de Gestão Hospitalar oportunizou o conhecimento da realidade do setor da saúde, não só a parte administrativa, mas também todas as áreas que envolvem o setor.

A unidade curricular de Políticas Públicas possibilitou o aprendizado a respeito do SUS e do Controle Social exercido pelas Conferências e Conselhos de Saúde, e percebeu-se a importância desse controle para o fortalecimento do SUS. Com intuito de ampliar o conhecimento sobre sua atuação e reforçar a relevância para a efetividade do Controle Social, apresenta-se essa pesquisa.

A atuação dos Conselhos é uma conquista adquirida através dos movimentos populares, que reivindicavam por saúde para todos, e o direito de participar nas decisões relacionadas a saúde da população.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 foi um marco, pois possibilitou a população debater juntamente com o governo a situação da saúde no País. Logo em seguida, a Constituição Federal de 1988 no artigo 198, constitui o Sistema Único e estabelece dentro de suas diretrizes a participação da comunidade. (BRASIL, 1988)

Surgem em 1990, a Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, conhecida como Lei Orgânica. (BRASIL, 1990a). E a Lei nº 8.142/90 que regulamenta a participação organizada da comunidade na gestão do SUS por meio das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. (BRASIL, 1990b)

Dessa forma a população, por meio dos Conselhos de Saúde, passou a exercer o controle social, participando ativamente na formulação e no controle das Políticas Públicas de Saúde, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas no gerenciamento da Saúde.

A composição do Conselho de Saúde acontece mediante Lei local e Regimento interno que estabelece a quantidade de seus membros e o período de mandato. Essa periodicidade de renovação de seus membros somado a complexidade do Sistema Único de Saúde exige que estejam atualizados para cumprir devidamente suas atribuições.

Acredita-se que a Educação Permanente permite sair de uma visão empírica para uma tomada de decisão baseada em evidências, trazendo assim, melhores resultados e conseqüentemente beneficiando os usuários.

## 1.2 Problema

É possível exercer o Controle Social com efetividade, sem se apropriar do conhecimento?

## 1.3 Objetivos

### 1.3.1 Objetivo Geral

Identificar a relevância da Educação Permanente nos Conselhos de Saúde para a efetividade do Controle Social.

### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Compreender a atuação do Controle Social nas Políticas Públicas de Saúde.
- Levantar por meio da pesquisa bibliográfica experiências de Educação Permanente nos Conselhos de Saúde.
- Conhecer e analisar o programa de Educação Permanente do Conselho Municipal de Saúde de Joinville no ano de 2016.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Panorama da saúde anterior ao SUS

Para entender e valorizar a política pública que vivenciamos hoje é necessário voltarmos anos atrás, onde a saúde não era direito de todos e somente quem possuía dinheiro para pagar tinha o atendimento digno. Aos desempregados, pobres, excluídos da sociedade restava a boa obra feita pela caridade. “As pessoas que dispunham de recursos eram cuidadas por médicos particulares, enquanto os indigentes eram atendidos pelas casas de misericórdia, pela caridade e pela filantropia” (PAIM, 2009, p. 27)

Tudo começou com a chegada da Corte Portuguesa em 1808, que estabeleceu sua sede provisória no Rio de Janeiro e tornou a cidade centro de ações sanitárias. Mais tarde por ordem Real fundou-se as Academias médicas-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia que transformaram-se nas primeiras escolas de medicina do País. (BRASIL, 2007b)

Até 1850 as atividades de saúde pública se restringiam a atribuições sanitárias e controle portuário. A fase imperial no Brasil acabou sem solução para os problemas de saúde da coletividade. (BRASIL, 2007b)

Com a falta de um modelo sanitário no País diversas doenças acometiam a população: varíola, malária, febre amarela, dentre outras. Essa situação gerou consequências tanto para a saúde coletiva, quanto para o comércio exterior, pois os navios estrangeiros não atracavam nos portos devido a situação sanitária do País. (BRASIL, 2007b)

A partir do século XX percebeu-se que os trabalhadores eram fonte geradora de riquezas para o País e foi necessário intervir no combate as enfermidades, visto que elas diminuía a vida produtiva das pessoas.

Para essa intervenção foram incorporados novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos, por meio de instituições de pesquisa biomédica e da saúde pública do país, que foram o Instituto Soroterápico Federal, que se transformou posteriormente em Instituto Oswaldo Cruz (1908), no Rio de Janeiro e o Instituto Butantã, em São Paulo. (BRASIL, 2007b)

A saúde pública ganhava força através dos médicos higienistas, que alcançavam importantes resultados na saúde, dentre eles, a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920.

Somente em 1923, após a aprovação da Lei Elói Chaves, aconteceu mudanças crescentes nas políticas de saúde. A lei criou as Caixas de Aposentadoria (CAPs), proporcionando medidas de proteção social e de assistência médica. Ainda assim, era um modelo restrito a trabalhadores, que tinham seus benefícios segurados perante contribuições e os que não trabalhavam continuavam sem assistência digna. (BRASIL, 2007b)

A partir de 1930, na era Vargas, as políticas se transformaram num arcabouço jurídico, sendo que houve crescimento do número de trabalhadores das diversas categorias, o que resultou na criação de leis trabalhistas e sindicatos. (BRASIL, 2007b)

As CAPs deram lugar aos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) que estenderam a assistência previdenciária. Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional. (BRASIL, 2007b)

O governo militar em 1966 implantou reformas que afetaram a saúde pública e a medicina previdenciária, unificando os (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Embora esse órgão concentrasse todas as contribuições previdenciárias, a saúde pública continuava em segundo plano, com baixos resultados. (BRASIL, 2007b)

Somente em 1970 houve maior expansão da assistência médica. Nesse momento o INPS dispunha do maior orçamento de sua história e isso resultou em reformas e construção de hospitais privados com o dinheiro Público, financiados pelo INPS, mas a massa trabalhadora sofria com as péssimas condições de vida e saúde. (BRASIL, 2007b)

Em 1975 devido à crise econômica, muitos trabalhadores ficaram desempregados o que ocasionou o aumento da marginalidade, das doenças e da mortalidade, que resultaram em graves consequências sociais. O modelo previdenciário não se mostrava eficaz devido as ações que priorizavam a medicina curativa. (BRASIL, 2007b)

O INPS em 1978 passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Sua assistência à Saúde beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal e seus dependentes. (BRASIL, 2007b)

A assistência à saúde ainda não era direito de todos, e nesse contexto que começam os movimentos sociais na busca de melhores condições. Assim surge o movimento da Reforma Sanitária. (BRASIL, 2007b)

## 2.2 SUS e Controle Social

Na década de 80 começava um processo de redemocratização, através da organização popular que pressionava o Estado pelo direito à saúde para todos. Dessa forma o movimento crescia, reunindo diversos atores sociais na busca do acesso aos serviços de saúde. (BRASIL, 2002a)

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que pela primeira vez a sociedade Civil foi convocada depois de tantas batalhas a trazer o seu anseio e as suas necessidades. Naquele momento histórico as ideias foram ouvidas, debatidas e ali se firmava uma nova política de Saúde. Essa Conquista resultou no novo sistema de saúde incorporado na Constituição.

Com a Constituição Federal em 1988, consolidou-se o tão esperado Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando à população um direito tão sonhado, conforme artigo nº 196 que estabelece:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

No artigo nº 198 da Constituição foi estabelecido a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde, saindo de um de regime autocrático concedendo direito participativo ao povo na construção das políticas de saúde.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:  
I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo  
II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;  
**III - participação da comunidade.** (BRASIL, 1988, grifo nosso)

“Ao longo do ano de 1989, procederam-se negociações para a promulgação da lei complementar que daria bases operacionais à reforma e iniciaria a construção do SUS”. (BRASIL, 2007b, p. 35)

Nascia assim, em 1990 a Lei 8.080/90 do Sistema Único de Saúde (SUS), conhecida também como Lei Orgânica, que regulamenta e organiza as ações e serviços de saúde em todas as esferas de governo como descrito no Artigo 4º.

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1990a)

A mesma Lei define em seu artigo 2º § 1º a saúde como um direito fundamental do ser humano, cabendo ao Estado prover as condições necessárias para que isso aconteça, abrangendo uma forma de executar as políticas econômicas e sociais que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1990a)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é universal porque todos, sem distinção, devem ter acesso e é também igualitário, ou seja, com princípio de equidade priorizando os mais vulneráveis com propósito de alcançar a igualdade de direitos. (PARANÁ, 2014)

Quando se fala na promoção, prevenção e recuperação se aplica o princípio da Integralidade, quer dizer, acesso em todos os níveis de atenção, o primário, secundário e terciário, de acordo com seus níveis de complexidade.

Para identificar com maior precisão a necessidade da população e tornar mais efetiva a assistência à saúde, a organização e execução do SUS é descentralizada. Esse modelo proporciona aproximação da comunidade com o representante responsável pela ação, favorecendo um Controle Social mais eficiente. (CARVALHO; SANTOS, 1995)

A descentralização coloca o responsável pela ação mais perto do fato. Aquilo que o Município pode fazer, o Estado ou a união não deve fazer. O mesmo princípio é válido para o Estado em relação a União. (CARVALHO; SANTOS, 1995, p. 84)

Segundo Assis (1998), o processo descentralizador fortalece o poder local do ponto de vista financeiro e também proporciona uma maior autonomia na gestão nas políticas de saúde. Porém esse processo só terá avanço com a ampliação do Controle social na busca pela democratização da saúde.

O Controle Social está regulamentado na Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que institui a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde, por meio das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. (BRASIL, 1990b)

As decisões das polícias públicas de saúde anteriormente exercidas somente por governantes, dá lugar a uma nova fase onde a sociedade agora pode intervir e decidir na construção da saúde da população através do Controle Social.

Controle social é aqui entendido como o controle sobre o Estado pelo conjunto da Sociedade Organizada em todos os segmentos sociais. Evidentemente, esse controle deve visar o benefício do conjunto da sociedade, e deve ser permanente. Por isso, quanto mais os segmentos da sociedade se mobilizarem e se organizarem, maior será a pressão e o

resultado, para que seja efetivado o Estado Democrático. (BRASIL, 2002b, p.24)

A participação nas decisões é uma conquista que torna o indivíduo emancipado e com liberdade de escolha, mas isso o torna também corresponsável, pois sai de expectador (aquele que só ouve e assiste) para coadjuvante (ator participante dessa política). (KLEBA, 2005)

A inclusão dos cidadãos nos processos decisórios relativos às políticas públicas é uma das mais importantes inovações introduzidas na administração pública. Dentro de tal lógica, o governo não é a autoridade que decide por todos, mas um a mais entre os diversos atores envolvidos, “um parceiro entre outros parceiros”. No caso da saúde, os conselheiros, em conjunto com os gestores e os outros atores estratégicos, passam a ter a responsabilidade de facilitar e acelerar a definição de prioridades e tomar as medidas necessárias para atendê-las. (OPAS/OMS, CNS, 2013, p.10)

Nesse contexto serão apresentados o Controle Social exercido pelas Conferências e os Conselhos de saúde.

### 2.2.1 Conferências de Saúde

As Conferências de Saúde trazem um debate sobre a saúde no país e apontam diretrizes para a formulação de políticas para a área da saúde nas esferas municipal, estadual e nacional. A 1ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada conforme lei nº 378 de janeiro de 1937 pelo presidente Getúlio Vargas.

Art. 90º - Ficam instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e a saúde realizada em todo o País e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais. (BRASIL, 1937)

Ao longo dos anos as Conferências, que tinham participações restritas dos setores intergovernamentais, concederam lugar à participação de especialistas na área da saúde. Entretanto o povo ainda não tinha direito de participar e nem de opinar nas questões relacionadas à saúde. Posteriormente, a mobilização social resultou na Lei 8.080 e na Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, assinada pelo presidente Fernando Collor, onde declara no artigo 1ºs 1º:

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (BRASIL, 1990b)

As Conferências são organizadas com temas específicos para aprofundar os debates e tornar mais precisas as orientações para operação do sistema de saúde. (BRASIL, 2009a). Seguem abaixo as Conferências com seus respectivos anos e temas:

Quadro 1- Conferências Nacionais

Conferências Nacional de Saúde	Ano	Temas
1ª Conferência	1941	Situação sanitária e assistencial dos estados
2ª Conferência	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho
3ª Conferência	1963	Descentralização na área de saúde
4ª Conferência	1967	Recursos humanos para as atividades de saúde
5ª Conferência	1975	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização
6ª Conferência	1977	Controle das grandes endemias e interiorização dos Serviços de saúde
7ª Conferência	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos
<b>8ª Conferência</b>	<b>1986</b>	<b>Saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento do setor</b>
9ª Conferência	1992	Municipalização é o caminho
10ª Conferência	1996	Saúde, cidadania e políticas públicas; gestão e organização dos serviços de saúde; controle social na saúde; financiamento da saúde; recursos humanos para a saúde; atenção integral à saúde
11ª Conferência	2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle

		social
12ª Conferência	2003	Saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos
13ª Conferência	2007	Políticas de Estado e Desenvolvimento
14ª Conferência	2011	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”
15ª Conferência	2015	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do Povo Brasileiro

Fonte: Adaptado (BRASIL, 2013) e Relatório final da 14ª e 15ª Conferência.

As Conferências Nacionais precisam de temas mais generalizados enquanto no âmbito Estadual e Municipal devem haver temáticas específicas, devido a realidade enfrentada localmente. É necessário ponderar o que é específico e geral na relação de recomendações para que o relatório tenha efetividade como direcionador da política de saúde (BRASIL, 2009a).

### 2.2.2 Conselhos de Saúde

O Conselho Nacional de Saúde nasceu da mesma lei da Conferência, Lei n.º378 de 1937 e nesse período o Ministério da Saúde era vinculado ao da Educação. Com a separação dos Ministérios, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) foi regulamentado pelo Decreto n.º 34.347, de 8 de abril de 1954, para a função de assistir ao Ministro de Estado nos programas de proteção à saúde e a sua composição era de 17 membros indicados pelo ministro. (CNS, s. d.)

Posteriormente houve outros decretos que aumentaram a quantidade de seus membros e das suas atribuições. Somente em 23 de dezembro de 1992 o CNS aprova a Resolução nº 33, que consolida o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde, embasada na Constituição Federal, na Lei nº 8.080/90 e na Lei nº 8.142/90. (CNS, s. d.)

Lei essa que define a participação da Comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde em seu artigo 1º § 2º:

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

Em 2003, a Resolução do CNS n° 333 revoga a Resolução n° 33 e reformula a estrutura e o funcionamento dos Conselhos de Saúde. Dentre as mudanças, o Conselho que fazia parte da estrutura da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, agora faz parte da estrutura do Ministério da saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (BRASIL, 2003)

A Resolução do CNS n° 333 amplia os Conselhos de Saúde: em Conselhos Regionais, Locais e Distritais, incluindo também Conselhos Distritais Indígenas, sob o comando do Conselho da esfera Correspondente, estabelece a criação e reformulação dos Conselhos sob lei municipal, estadual ou federal embasadas na lei n° 8.142/90. (BRASIL, 2003)

Atualmente, a Resolução do CNS em vigor é n°453 de 10 de maio de 2012, que tem por objetivos o fortalecimento e a ampliação do processo de Controle Social através dos Conselhos, Conferências e Plenárias que são órgãos instituídos para a efetiva participação da comunidade e que representam o polo de capacitação de cidadãos para o Controle Social nas esferas de ação. (BRASIL, 2012b)

Os Conselhos são colegiados, ou seja, são compostos por pessoas que representam diferentes grupos da sociedade. São também permanentes, haja visto, que para serem extintos será necessário que outra lei estabeleça sua finitude. Os Conselhos são instâncias deliberativas, isto é, as suas decisões devem ser cumpridas pelo poder público. (BRASIL, 2013)

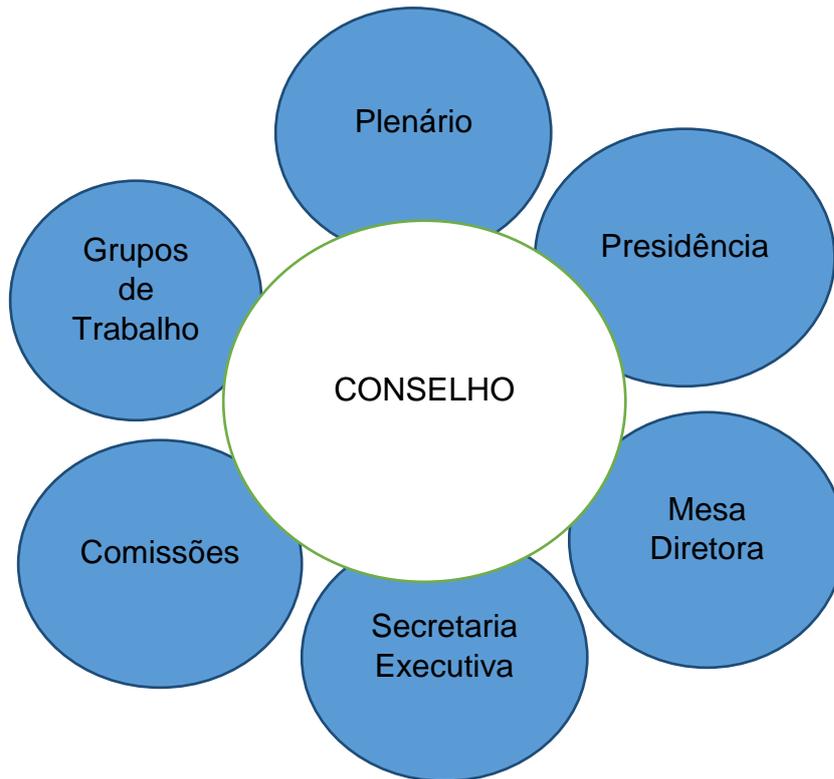
#### 2.2.2.1 Estrutura para o funcionamento dos Conselhos

Segundo a quarta diretriz da Resolução do CNS N° 453, para a estrutura e funcionamento dos Conselhos de Saúde, as Esferas de governo federal, estadual e municipal terão de garantir autonomia administrativa e financeira, dotação orçamentária e organização da secretaria- executiva com devida infraestrutura e apoio técnico. No entanto sua base é o Regimento Interno que define as regras de

funcionamento, as atribuições do conselho, o número de conselheiros, o período de mandato e a representatividade dos órgãos. (BRASIL, 2012b)

Para o pleno funcionamento dos conselhos, se estabelece uma organização da seguinte forma:

Figura 1- Organização do Conselho



Fonte: Adaptado (BRASIL, 2013)

O Conselho precisa estrutura da organização apresentada na figura acima, para que possa realizar as plenárias e assim desenvolver suas atribuições. De forma sucinta, o quadro abaixo mostrará a definição e a atividade exercida pelo Plenário, Presidência, Mesa Diretora, Secretaria Executiva, Comissões e Grupos de Trabalho.

Quadro 2- Organização do Conselho

Organização:	Definição:	Atividade:
Plenário	Fórum de deliberação do Conselho	Reúne-se, no mínimo a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário. Funciona de acordo com o regimento interno. Suas

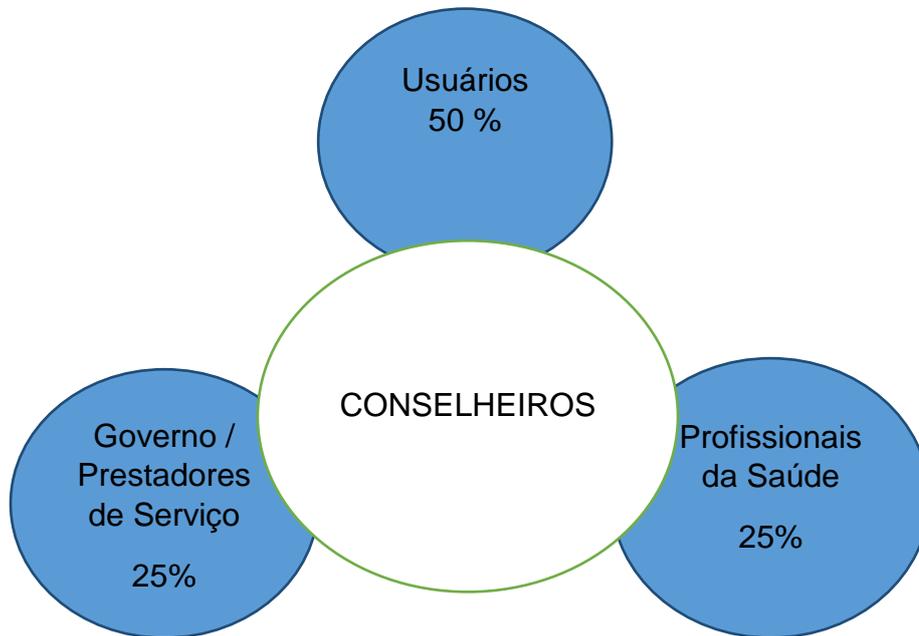
		reuniões são abertas ao público
Presidência	Ocupada por um dos conselheiros titulares	Conduz a reunião do Plenário. Representa o Conselho de Saúde
Mesa Diretora	Composta por conselheiros titulares, eleitos pelo Plenário, inclusive o presidente	Conduz os processos administrativos e políticos a serem deliberados pelo Plenário. Promove articulações políticas internas e externas, garantindo a intersectorialidade do controle social.
Secretaria Executiva	Fornece o suporte técnico administrativo ao Conselho de Saúde.	Subordinada ao Plenário
Comissões	Prestam assessoria ao Plenário.	Intersetoriais. Podem possuir carácter temporário ou permanente.
Grupo de Trabalho	Constituídos pelo Plenário para assessorar o Conselho ou as Comissões.	Executam um trabalho com objetivos e prazos definidos

Fonte: Adaptado (BRASIL, 2013, p. 47)

#### 2.2.2.2 Os Conselheiros

O número de conselheiros será definido pelos Conselhos de Saúde e lei vigente, obedecendo a representatividade dos órgãos, as entidades, os movimentos sociais e a paridade. O número de conselheiros do segmento usuários dos serviços de saúde deve ser igual ao número de conselheiros que representam outros segmentos da sociedade. Portanto a soma dos segmentos (Governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde) representam 50%, correspondente à dos usuários, conforme mostra a figura. (BRASIL, 2013)

Figura 2- Paridade dos segmentos



Fonte: Adaptado (BRASIL, 2013, p. 43)

Para assegurar a autonomia entre os poderes, os conselheiros não poderão pertencer aos Poderes Legislativos e Judiciários ou ao Ministério Público. Mas, em contrapartida, são órgãos indispensáveis para se estabelecer parcerias. (BRASIL, 2012b)

A função exercida de Conselheiro não é remunerada considerando que é de caráter público, porém tem dispensa do trabalho sem prejuízo durante o período das reuniões, representações, capacitações e outras atividades específicas diante da apresentação de declaração do Conselho. (BRASIL, 2012b)

### 2.2.2.3 Critério de escolha dos Conselheiros

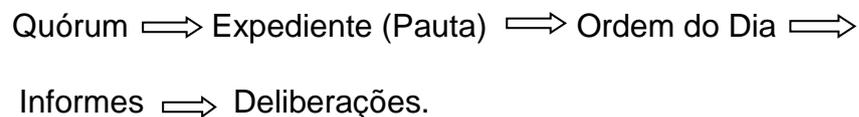
Os órgãos representativos (associações de pessoas com patologias, associações de pessoas com deficiências, entidades de aposentados e pensionistas, entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais, organizações de moradores, entidades dos prestadores de serviço de saúde, governo, dentre outros representantes) eleitos para o Conselho de Saúde indicam seus representantes. Após a indicação dos Conselheiros são escolhidos o presidente e a mesa diretora por voto em plenária. (BRASIL, 2012b)

Recomenda-se que a cada eleição os segmentos de representações de usuários, trabalhadores e prestadores de serviços, promovam a renovação de no mínimo 30% de suas entidades representativas. (BRASIL, 2012b)

#### 2.2.2.4 O fluxo de trabalho das plenárias

Para a realização das plenárias, que são as reuniões das assembleias ordinárias ou extraordinárias, é necessária uma organização que acontece de acordo com a figura abaixo.

Figura 3- O fluxo de trabalho das plenárias



Fonte: Adaptado CNS (fluxo de trabalho) e JOINVILLE (2014b)

Rege a resolução Nº 453 do CNS, que as reuniões plenárias dos Conselhos de Saúde sejam abertas ao público e que aconteçam em espaços e horários que possibilitem a participação da sociedade. O Convite é feito mediante edital de convocação, constando o local e horário das reuniões, enviado ou divulgado com antecedência aos conselheiros e a toda comunidade. (BRASIL, 2012b)

No primeiro momento é verificado o quórum estabelecido conforme a Resolução e regimento interno. As decisões do Conselho de Saúde são adotadas mediante quórum mínimo (metade mais um) dos seus integrantes, exceto os casos regimentais nos quais se exija quórum especial. (BRASIL, 2012b)

Já num segundo momento é feito a leitura do expediente da pauta como: discussão e aprovação das atas de assembleias anteriores, comunicados e informes da Secretaria-executiva, pedidos de inclusão de assunto emergencial, dentre outros. Após a leitura, é realizada a votação de aprovação da pauta. (JOINVILLE, 2014b)

Em seguida, na ordem do dia, são tratados temas preparados e com tempo definidos pela Mesa Diretora, para a apresentação e debate. As matérias extra pauta relevantes, com caráter de urgência, poderão constar da ordem do dia desde que aprovadas pela Plenária. Os Conselheiros podem usar a palavra ao se inscrever junto à Mesa Diretora, logo após a apresentação do tema ou durante o processo de

discussão. Os informes são assuntos que não comportam discussão, mas somente esclarecimentos e encaminhamentos. (JOINVILLE, 2014b)

Por fim, as deliberações são feitas por meio de Resolução, Recomendação e Moção. A Resolução é um documento legal que divulga as decisões do CMS, é assinada pelo Presidente do Conselho, pelo (a) Secretário (a) Municipal de Saúde e homologada pelo Prefeito em um prazo de trinta (30) dias, dando-lhe a devida publicidade. Concluído o prazo mencionado e não sendo homologada a Resolução, nem apresentada justificativa do Gestor ao Conselho, poderá ser encaminhada ao Ministério Público. (BRASIL, 2012b)

As Recomendações são sugestões, advertências ou avisos a respeito da execução de uma política ou ação de saúde. As mesmas são encaminhadas às comissões, que podem solicitar ajuda técnica para averiguação das políticas. As Moções são manifestações de aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato. (BRASIL, 2013)

#### 2.2.2.5 Atribuições dos Conselhos

São muitas as atribuições dos Conselhos, mas percebe-se que muitas pessoas desconhecem sua existência, pois conforme Cotta (2010) falta o conhecimento da existência do CMS pela população. Vimos anteriormente no texto, que nem sempre as questões relacionadas à saúde foram objetos de discussão por representantes do povo, muito menos de deliberação para a homologação do poder Executivo.

De modo sintetizado as atribuições do Conselho são:

- ✓ Fiscalizar a aplicação o dinheiro público na saúde;
- ✓ Verificar a assistência de saúde prestada a população;
- ✓ Averiguar se as políticas de saúde estão adequadas à realidade da população;
- ✓ Examinar propostas e denúncias de irregularidades;
- ✓ Acompanhar a organização e o funcionamento do SUS no estado ou no município;
- ✓ Aprovar e monitorar o Plano de Saúde;
- ✓ Acompanhar e monitorar as movimentações do Fundo de Saúde;
- ✓ Aprovar os relatórios de gestão. (BRASIL, 2015a)

Verifica-se que são muitas demandas para que, juntamente com os gestores do SUS sejam discutidas, planejadas, avaliadas e monitoradas. Não deve haver disputa de poder, mas que os conselheiros e os gestores busquem o bem da coletividade.

Cada conselheiro representa uma parte da sociedade e está no conselho para levar as necessidades e as sugestões da sua comunidade para as políticas de saúde. Os conselhos de saúde são aliados da secretaria de saúde na busca de um sistema de saúde melhor para todos. Não há subordinação entre conselho de saúde e prefeitura ou secretaria de saúde. Todos devem atuar com o objetivo de beneficiar a sociedade. (BRASIL, 2015a, p. 24)

Percebe-se acima, que é um trabalho em conjunto para o benefício da população. Além dessa parceria entre gestores e conselheiros é necessária a parceria intersetorial, pois sabemos que existem diversidades no nosso país haja vista que o clima é diferenciado de um estado para o outro, bem como a cultura, alimentação, condições socioeconômicas sendo que todos esses fatores dizem respeito a nossa saúde.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (BRASIL, 1990a)

Todos esses fatores que envolvem a saúde devem ser levados em consideração ao planejar, elaborar, fiscalizar e deliberar. Esse é um trabalho que envolve vários representantes como: comissões Bipartite e Tripartite, Secretarias de Saúde e Conselhos de Saúde.

No que tange as esferas Federal, Estadual e Municipal, as políticas são aprovadas desse modo: esfera Municipal pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), na Estadual são negociadas e acordadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) que compõem representantes das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e são definidas pelo Conselho Estadual de Saúde (CES). Na esfera Federal as políticas são negociadas e acordadas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) que compõem representantes do Ministério da Saúde, Secretarias Municipais, Estaduais de Saúde e acordadas pelo (CNS) Conselho Nacional de Saúde. (PAIM, 2009)

A lei confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que são também do próprio Poder Executivo e do Poder Legislativo. Por isso, segundo a lei, os Conselhos de Saúde “atuam na”, compartilhando suas atribuições com os Gestores propriamente ditos

(Ministério e Secretarias de Saúde) e as Casas Legislativas (Congresso Nacional, Assembleias Estaduais e Câmaras de Vereadores). Ao integrarem o Poder Público e o Estado, os Conselhos de Saúde têm diante de si a definição do seu espaço privilegiado de atuação onde devem exercer as suas atribuições. (BRASIL, 2002b, p. 9)

Todas as decisões precisam respeitar a Norma Operacional Básica (NOB/96) do Ministério da Saúde, que regula o processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde do SUS. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001) em seu artigo 1.º, amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definindo o processo de regionalização da assistência, criando meios para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. A Portaria nº399, de 22 de fevereiro de 2006, conhecida como “Pacto pela Saúde” consolida o SUS e aprova as diretrizes operacionais desse pacto. (BRASIL, 2006a)

Para a aprovação das políticas de saúde, se faz necessário o planejamento, pois sem ele é impossível obter bons resultados e alocar da melhor forma os recursos do SUS.

Como já descrito no texto anteriormente, as atribuições do Conselho são diversas, mas no quadro abaixo serão citadas algumas, reforçando a sua importância pelo fato de terem prazos determinados por lei para o seu cumprimento.

Quadro 3- Agenda do Conselho de Saúde com foco no ciclo de planejamento

Providências	Prazo Legal	Marco Legal
Acompanhar e fiscalizar a movimentação financeira dos recursos depositados pelo Fundo Nacional de Saúde em conta especial.	Permanente	§ 3º art. 77 CF 1988; art. 33 Lei nº 8.080, de 1990; § 3º inciso III Art 7º CF EC 29, de 2000
Formular estratégias, controlar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, na instância correspondente.	Permanente	§ 2º art. 1º Lei nº 8.142, de 1990
Convocar extraordinariamente, conferência de saúde.	A cada 4 anos ou extraordinariamente em período inferior	§ 1º art. 1º Lei nº 8.142, de 1990
Estabelecer/deliberar/definir diretrizes que deverão ser observadas nos	1º ano da gestão do Executivo	Art. 37 Lei nº 8.080, de 1990; § 4º art. 30 LC nº

planos de saúde.		141, de 2012; § 3º art. 15 Decreto nº 7.508, de 2011; § 7º art. 3º PRT nº 2.135, de 2013
Avaliar e emitir parecer conclusivo sobre o Plano de Saúde.	1º ano da gestão do Executivo	§ 7º art. 3 PRT nº 2.135, de 2013
Emitir parecer conclusivo sobre a gestão do SUS por meio da análise do Relatório de Gestão da respectiva esfera.	Anualmente	Inciso III Art. 31 LC nº 141/2012; § 3º Art. 5ª PRT 2.135/2013
Avaliar, a cada quadrimestre, o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde (.....) e encaminhar ao Chefe do Poder Executivo e do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.	Maio, setembro e fevereiro	Art. 41 LC nº 141, de 2012
Avaliar e emitir parecer conclusivo sobre a Programação Anual de Saúde.	Antes da data de encaminhamento da LDO do exercício correspondente.	§ 2º art. 36 LC nº 141, de 2012;/ Inciso I art. 5º PRT nº 2.135, de 2013

Fonte: (BRASIL, 2016)

Percebe-se no quadro acima que há providências de monitoramento permanente e outras que precisam de uma atenção especial, devido a necessidade de planejar as ações e o orçamento financeiro para um período maior, como é o caso do Plano de Saúde.

#### 2.2.2.6 Planejamento e acompanhamento das ações em Saúde

Os principais instrumentos de planejamento e acompanhamento do SUS são: o Plano de Saúde, o Relatório de Gestão e a Programação Anual de Saúde. Eles precisam estar em consonância com o PPA, LDO e LOA que estão previstos na Constituição Federal no Capítulo II que trata de Orçamento no artigo nº 165. (BRASIL,1988)

O Plano de Saúde é o instrumento de planejamento e orçamento para definir o que vai ser realizado nos 4 anos de mandato do presidente, governador ou prefeito. Ele é elaborado com base nas diretrizes da Conferência e do Conselho, e ainda pela análise situacional da população. Por esse motivo é preciso conhecer as necessidades da população e priorizá-las para que sejam alcançados os objetivos definidos no plano. (BRASIL, 2016)

O Relatório de Gestão mostra os resultados obtidos com a Programação Anual de Saúde (PAS), que apura as metas e o orçamento do Plano de Saúde com base no conjunto de diretrizes, objetivos e indicadores. (BRASIL, 2016)

O Plano Plurianual (PPA) é a ferramenta de planejamento público que estabelece diretrizes gerais de ação do Estado. A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), elaborada pelo Poder Executivo, define os gastos com saúde para o ano vigente. A Lei Orçamentária Anual (LOA) orienta a elaboração e aplicação do orçamento anual, dentre outras atribuições, aprovadas pelo Conselho de Saúde e pelo Poder Legislativo local. (BRASIL, 2016)

Ainda, ao planejar as ações em saúde é necessário consultar o Decreto nº 7.508 e a Portaria nº 2.135 que tratam do planejamento da saúde e a Lei Complementar nº 141, que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29, estabelecendo valores mínimos que cada esfera deverá aplicar anualmente para o financiamento das ações de saúde. (BRASIL, 2016)

O planejamento das ações em saúde e o orçamento precisam estar estabelecidos para que sejam realizadas as atividades. A Lei 8080, capítulo III, refere ao Planejamento e Orçamento e estabelece no artigo nº 36 § 1º e 2º que o Plano de Saúde será a base das atividades e programações e seu financiamento será previsto na proposta orçamentária, vedando ainda recursos para o financiamento de ações que não estão previstas nos planos de saúde, com exceção de situações emergenciais ou de calamidade pública na área de saúde.

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos **seus órgãos deliberativos**, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. (BRASIL, 1990a, grifo nosso)

Nessa perspectiva adentra-se no assunto essencial para que todas essas responsabilidades, leis e resoluções possam ser entendidos e conseqüentemente exercidos com excelência, que é a Educação Permanente no Controle Social.

### 2.3 Educação Permanente no Controle Social

A Educação Permanente é um instrumento para o fortalecimento e efetividade no Controle Social. O conhecimento aproxima os atores por meio do nivelamento da compreensão dos temas em estudo, o que gera questionamento e argumento para discussão, favorecendo a democracia participativa.

Quando o cidadão se interessa e se aprofunda nas questões de Saúde Pública, possui maior possibilidade de exercer seu papel construtor, fiscalizador e deliberador nas ações em saúde. (BRASIL, 2006b)

É a consciência cidadã que motiva a sociedade a mover-se, a assumir o público como seu próprio, a exigir respeito do Estado e dos partidos políticos, a fiscalizar e controlar o desempenho público e a exigir prestação de contas [...] (SALOMÓN, 2009, p.24)

Com a preocupação de dar subsidio para o alcance dessa consciência cidadã, em 1999 o Conselho Nacional de Saúde em parceria com outros representantes da área da saúde, lançou um documento para a capacitação dos Conselheiros intitulado: “Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde”.

Posteriormente, na 11ª e 12ª Conferências, foram reivindicadas ações para a ampliação dos conhecimentos à toda sociedade, tornando assim uma política com objetivo de oportunizar os conselheiros e os outros representantes da sociedade a participar no processo de acompanhamento e de avaliação das ações e serviços de saúde. Dessa maneira, o documento foi atualizado para “Educação Permanente para o Controle Social no SUS”. (BRASIL, 2006b)

Considera-se educação permanente para o controle social no SUS, os processos formais de transmissão e construção de conhecimentos por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e o uso de metodologias de educação à distância, bem como os demais processos participativos e fóruns de debates – Conferências de Saúde, Plenárias de Conselhos de Saúde, Encontros de Conselheiros, seminários, oficinas, dentre outros. (BRASIL, 2006b, p. 9)

A Educação Permanente para o controle social deve ocorrer de forma descentralizada, levando em consideração: a realidade local; as necessidades (demandas); o grau de instrução; a acessibilidade (recurso financeiro, internet,

outras tecnologias); e a forma de transmitir a informação, para que possa alcançar melhores resultados. (BRASIL, 2006b)

Para transmitir a informação é possível estabelecer parcerias com universidades, escolas de saúde pública, técnicos e especialistas ligados a outras instituições que atuem na área da saúde.

Ao elaborar o processo de Educação Permanente deve-se considerar que os componentes do Conselho de Saúde se alteram periodicamente, tornando necessário que esse processo esteja em constante construção e atualização. Os novos Conselheiros necessitam de informações sobre: leis, normas operacionais, resolução do CNS, as Condições de Gestão dos Estados e Municípios, dentre outras informações que forneçam condições para a sua atuação, como deliberador das políticas Públicas em Saúde. (BRASIL, 2006b)

Os temas e técnicas pedagógicas devem facilitar para que todos interajam e construam o conhecimento. Essa construção nasce com o partilhar de suas experiências uns com os outros, saindo de uma metodologia unilateral que limita o indivíduo a um simples receptor de conteúdo. (BRASIL, 2006b)

Entende-se como educação permanente para o controle social os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas. (BRASIL, 2007a, p. 7)

### 2.3.1 Objetivos da Política de Educação Permanente no Controle Social

A política de Educação Permanente fortalece o controle social e tem como objetivos:

- ✓ Ampliar e qualificar a participação do Controle Social na definição e Gestão da Política Pública de Saúde, proporcionando a compreensão de que a saúde depende de outros fatores (sociais, econômicos, culturais, etc.);
- ✓ Reforçar que a saúde é um direito de todo cidadão e compete ao Estado proporcioná-la. Todos têm direito ao acesso à informação e ao conhecimento sobre o SUS, até mesmo saber dos gastos públicos (que podem ser obtidos no portal transparência);
- ✓ Trazer a compressão de que os Conselhos de Saúde são espaços de interesses coletivos, de diversos atores, que são locais de negociações e de conflitos, mas, no entanto, precisam seguir os princípios do SUS;

- ✓ Contemplar as diversidades (faixa etária, população negra, quilombola, indígena, ciganos, da cidade, do campo e da floresta);
- ✓ Fortalecer os Conselheiros como sujeitos Sociais, responsáveis por representar a sociedade na formulação e determinação das Políticas de Saúde. (Brasil, 2007a)

### 2.3.2. Os 5 eixos estruturantes da Política de Educação Permanente no Controle Social

A Política de Educação Permanente possui cinco eixos estruturantes para realizar ações que envolvam os sujeitos sociais no SUS:

a) A Participação Popular: através das Conferências, dos Conselhos de Saúde, dos Conselheiros que são elos entre o Conselho e a sociedade, as Plenárias (Regionais, Estaduais e Nacionais) que são assembleias e troca de experiências entre os Conselhos de Saúde em todo o Brasil. Portanto podem contar com outras instituições para auxiliá-los.

Os conselhos de saúde contam com outras instituições de controle social nas políticas públicas, tais como auditorias, Ministério Público, ouvidorias, controladorias, Tribunais de Contas, comissões do Legislativo, entre outros, que devem ser acionados sempre que necessário. (BRASIL, 2007a, p. 14)

b) O Financiamento do Controle Social e entes Federados: Deve ser estabelecido na dotação orçamentária, recursos financeiros que possibilitem suporte para o bom funcionamento dos conselhos.

As esferas federal, estadual e municipal devem cumprir a emenda 29, que estabelece recursos mínimos para o financiamento da saúde e esses recursos são transferências feitas pelos fundos de saúde. Ainda em relação ao financiamento é indispensável acompanhar os instrumentos de planejamento e execução dos recursos na área da saúde (PPA, LDO e LOA), descritos no presente trabalho, bem como as negociações pactuadas pelos gestores através das comissões intergestoras. (BRASIL, 2007a)

c) A Intersetorialidade: Visa formar uma consciência sanitária ampliada de saúde e uma articulação intersetorial com todas as áreas das políticas públicas e sociais, como já definido no trabalho anteriormente.

Essa política de Educação Permanente sugere que a construção do plano de saúde Municipal, Estadual ou Nacional seja elaborado considerando as ações e as

metas com caráter intersetorial, objetivando à promoção da saúde e à integralidade na assistência. (BRASIL, 2007a)

d) A Informação e Comunicação em Saúde: O processo deve contemplar a informação e a comunicação em saúde de qualidade, mesmo que seja necessário investimento para que isso aconteça. Os métodos de informação e comunicação precisam abranger uma linguagem pertinente, incluindo: “acessibilidade às pessoas com deficiência, conteúdo de interesse para a sociedade local e o uso tanto de meios convencionais, regionais e populares como o rádio e impressos, que possibilitam o amplo acesso quanto modernos, como a internet”. (BRASIL, 2007a, p. 18)

e) A Legislação do Sistema Único de Saúde SUS: A Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS deve direcionar o Funcionamento do SUS baseado nas leis, nas resoluções, nos decretos, nas portarias e na Constituição Federal, instrumentos já citados nesse trabalho. Pois foi através deles que a Saúde Pública avançou, ademais o conhecimento da legislação possibilita à sociedade empoderar-se das informações que garantem seus direitos e deveres. (BRASIL, 2007a)

### 2.3.3 Responsáveis pela Educação Permanente no Controle Social

As esferas governamentais federal, estadual e municipal devem oferecer condições para o funcionamento dos Conselhos e promover ações e material de apoio para as atividades em Educação Permanente.

Ao Ministério da Saúde cabe incentivar e dar suporte até mesmo com recursos financeiros e técnicos, para elaboração e execução da política de Educação, mantendo disponível e atualizado o acervo (livros, manuais, protocolos) sobre saúde com temas pertinentes como: legislação, orçamento, direitos em saúde, modelo assistencial e modelo de gestão. (BRASIL, 2006b)

A atribuição das Secretarias de Saúde é assegurar, no âmbito de sua esfera de governo, a execução das atividades de Educação Permanente, apoiando com recursos humanos e recursos financeiros a promoção de eventos do Controle Social no SUS.

O Conselho Nacional de Saúde juntamente com o Ministério da Saúde, devem formular a política e o plano de ação sobre o processo de Educação

Permanente, definindo recursos financeiros, sistemas de monitoramento e avaliação. Da mesma forma os Conselhos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal com as Secretarias de Saúde, que além de formular as políticas e ações de educação, precisam adaptá-las às realidades locais, firmando parcerias com instituições e entidades para a realização do processo de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. (BRASIL, 2006b)

Neste sentido, o Conselho Nacional de Saúde e os outros Conselhos de Saúde devem divulgar experiências sobre o processo de Educação Permanente através do seu site, jornais, livros, eventos de saúde. Também compete a esses a promoção de eventos relacionados ao controle social e a democracia participativa. (BRASIL, 2006b)

Da mesma maneira a Lei Complementar nº141 de 13 de janeiro de 2012, reforça a necessidade do conhecimento para o exercício do Controle Social e responsabiliza as esferas:

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde. (BRASIL, 2012a)

#### 2.3.4 Parcerias que fortalecem o Processo de Educação Permanente no Controle Social

O Ministério da Saúde conta com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) para promover, elaborar e coordenar a qualificação e o fortalecimento da gestão estratégica e participativa e o controle social no SUS.

A SGEP, juntamente com o colegiado do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), aprovaram a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), estabelecida pela Portaria nº 3.027 de 26 de novembro de 2007. (BRASIL, 2009b)

Essa Política tem entre seus princípios e diretrizes:

•[...] Valorização dos diferentes mecanismos de participação popular e de controle social nos processos de gestão do SUS, especialmente os conselhos e as conferências de saúde, garantindo sua consolidação como política de inclusão social e conquista popular. •Afirmação do protagonismo da população na luta por saúde a partir da ampliação de espaços públicos **de debates e construção de saberes**[...] (BRASIL, 2009b, p.13, grifo nosso)

A Política ParticipaSUS propõe aprimorar as Instâncias e Processos de Participação Social no SUS, com a realização de Capacitação contínua de conselheiros de saúde e com a formação de uma rede de ajuda, buscando o intercâmbio de informação entre os conselheiros. (BRASIL, 2009b)

Outra parceria é o prêmio Sérgio Arouca, criado em 2005, é realizado pelo Ministério da Saúde através da (SGEP), em conjunto com Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). O prêmio tem por objetivo reconhecer, dar visibilidade, debater e incentivar as práticas de gestão participativa e divulgá-las através das “experiências exitosas” realizadas nos serviços, organizações e sociedade civil do país, promovendo assim uma maior reflexão sobre o tema da participação social na gestão do SUS. (BRASIL, 2015b).

Outras iniciativas são realizadas pela Organização Pan-Americana da Saúde e pelo Conselho Nacional de Saúde, a partir da proposta dos Laboratórios de Inovação. Esses laboratórios são desenvolvidos no âmbito da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS no Brasil) em cooperação com o Ministério da Saúde. (OPAS, Conselho Nacional de Saúde, 2013)

O objetivo principal desses laboratórios é o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de seus componentes de participação e Controle Social pela troca de experiências. Pois conforme a pesquisa realizada pelo IPEA intitulada o “Perfil e atuação dos Conselhos Nacionais de Saúde” no ano de 2012 é preciso ratificar e ampliar o papel dessas instâncias como espaços relevantes de comunicação entre governo/sociedade civil, reforçando a sua importância para democracia deliberativa. (OPAS, Conselho Nacional de Saúde, 2013)

O QualiConselhos é um programa de apoio à Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, uma parceria entre a Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, o Canal Saúde da Fiocruz, a Rede de Escolas e Centros Formadores do SUS, a (SGEP), o Fórum Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS e o (CNS) com o propósito de conferir protagonismo aos Conselhos de Saúde, através de ações formativas. (OUVERNEY, 2016)

Todos esses são mecanismos que colaboram para o fortalecimento, a ampliação, e conseqüentemente a efetividade do Controle Social.

### 3 METODOLOGIA

Iniciou-se a pesquisa com a revisão de literatura para conhecer sobre o tema abordado. Consultou-se livros, leis, resoluções, manuais, sites especializados sobre o tema em discussão, com objetivo de responder a seguinte pergunta:

É possível exercer o Controle Social com efetividade, sem se apropriar do conhecimento?

Para Marconi e Lakatos (2010a) ao pesquisar estamos construindo um caminho para conhecer as verdades absolutas ou parciais de determinado assunto, a fim de responder os questionamentos.

#### 3.1 Características da pesquisa

Classificou-se como pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, que segundo Canzoniere (2011, p. 38) “A pesquisa qualitativa busca entender o contexto onde o fenômeno ocorre, delimita a quantidade de sujeitos pesquisados e intensifica o estudo sobre o mesmo”. Assim, com base nos objetivos, Gil (2010), descreve que a pesquisa propõe familiarizar, ou seja, tornar mais compreensível o problema que se quer responder.

Quanto aos procedimentos técnicos optou-se pela pesquisa bibliográfica que segundo Marconi e Lakatos (2010b) engloba estudos que já foram escritos sobre determinado assunto. Severino (2007) corrobora ao afirmar que a pesquisa bibliográfica utiliza dados que já foram trabalhados por outros pesquisadores. “O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes no texto”. (SEVERINO, 2007, p. 122)

Com base nessas afirmações, a pesquisa fundamentou-se em artigos disponibilizados nos bancos de dados das bibliotecas eletrônicas SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*) e LILACS (Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando as palavras chave: “Educação Permanente”, “Controle Social”, “Conselhos de Saúde” separadamente e “Educação Permanente e Controle Social”, Educação Permanente e Conselhos de Saúde”, de forma associada.

Seguiram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos cujo tema central era controle social ou educação permanente, idioma em português, e ano de publicação

entre 2010 e 2016. Foram excluídos os estudos que tratavam de assuntos diferentes da proposta do presente estudo.

A partir da utilização das palavras chaves acima descritas, foram encontrados um total de 335 estudos. Após a aplicação dos critérios indicados e o descarte dos artigos duplicados, permaneceram 60 estudos. Desses foi realizada uma leitura dos resumos e excluídos 49 os quais não estavam de acordo com os critérios estabelecidos, ou com publicação dos mesmos autores, com temas muito parecidos. Permanecendo assim 11 artigos e 1 dissertação que foi incluída para melhor compreensão do tema, totalizando 12 trabalhos.

Após levantar os assuntos pertinentes, o presente trabalho foi direcionado a identificar de que forma ocorre a Educação Permanente no Conselho Municipal de Saúde de Joinville, instituição responsável pelo Controle Social e então se realizou uma pesquisa documental que, conforme Marconi e Lakatos (2010b), a coleta de dados se baseia em documentos escritos ou não, como: fotos, leis, ofícios, relatórios, dados estatísticos. “Nestes casos, os conteúdos dos textos ainda não tiveram nenhum tratamento analítico, são ainda matéria-prima, a partir da qual o pesquisador vai desenvolver sua investigação e análise”. (SEVERINO, 2007, p. 123)

A Pesquisa documental foi realizada através de informações contidas em atas, planilhas e relatórios disponibilizadas pela Secretária- Executiva e sua equipe de apoio técnico, juntamente com a comissão Permanente de Capacitação de Conselheiros de saúde.

### 3.2 Caracterização da Instituição estudada

O Conselho Municipal de Saúde está situado a rua Araranguá, nº397, Bairro América, junto a Secretaria Municipal de Saúde, andar térreo. O seu horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 8 horas as 18 horas. Foi criado mediante a Lei Municipal nº 2503 de 22 de março de 1991.

A sua estrutura conta com duas salas. Numa das salas são realizadas reuniões das comissões e da mesa diretora e esse ambiente dispõe de computador, retroprojetor e uma pequena biblioteca para consulta e realização dos trabalhos. Na outra sala fica a secretaria- executiva e mais quatro funcionárias responsáveis pelo apoio técnico e possui 3 computadores e 1 impressora. A equipe cuida da

organização, acompanhamento e operacionalização das assembleias ordinárias e extraordinárias, reuniões de comissões e da mesa diretora, capacitações e eventos.

O CMS também coordena o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde do município de Joinville, fazendo a ponte:

Comunidade  $\Rightarrow$  Conselho Local  $\Leftrightarrow$  Conselho Municipal  $\Rightarrow$  Secretaria de Saúde  $\Rightarrow$  Devolutiva ao Conselho Municipal  $\Leftrightarrow$  Devolutiva ao Conselho Local  $\Rightarrow$  Devolutiva a Comunidade. (JOINVILLE, 2014a)

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A explanação dos resultados aconteceu de acordo com a busca realizada na literatura científica, ao qual possibilitou conhecer a visão de outros autores a respeito do tema abordado, a realidade daquilo que para eles viabilize ou prejudique a efetividade do Controle Social através dos conselhos de saúde.

O resultado da pesquisa bibliográfica será apresentado por autores dentro do seu contexto, para uma melhor compreensão, pois abrangem cidades de população distintas, portanto realidades e metodologias diferentes.

Após a explanação dos resultados obtidos através dos autores, será apresentado a análise e discussão do resultado da pesquisa documental realizada no Conselho Municipal de Saúde de Joinville.

### 4.1 Pesquisa Bibliográfica- Educação Permanente nos Conselhos de Saúde

#### 4.1.1 Análise da percepção dos conselheiros distritais de saúde a respeito dos processos de educação permanente para o controle social no SUS

Matos (2010) lembra que, embora tenha sido o Estado que conferiu a participação popular e as Instâncias deliberativas tenham esse formato hoje, tudo isso é fruto da luta de uma sociedade organizada e mobilizada, que discordava da maneira com que o Estado comandava as políticas Públicas. Para ela, a democracia carrega consigo sujeitos participativos e ativos para exercer o Controle Social e para que isso se torne realidade, ela sugere a educação permanente com um caminho.

A autora relaciona a autonomia à qualidade da participação dos Conselheiros, e alega que é necessário conhecer para compreender as informações debatidas nos Conselhos e transmitir corretamente às suas bases representativas. A falta de capacidade dos conselheiros pode impedir ou dificultar um posicionamento legítimo.

Ela lembra ainda que as propostas do governo de educação para o Controle Social remetem a metodologias participativas, como consta na Diretriz de Educação Permanente a utilização de métodos que propiciem a interatividade dos membros, como (dinâmicas em grupo, plenárias, debates, estudos dirigidos, dentre outros).

Métodos que propiciem a comunicação, não numa linguagem técnica – científica que exclua o sujeito que não detêm tal conhecimento, inibindo sua atuação como conselheiro.

Para Matos (2010), o debate é essencial ao exercício do Controle Social e a capacitação é uma ferramenta para esse exercício. Considera que as temáticas das capacitações levem em consideração: deliberações, controle financeiro, financiamento, orçamento, direitos e deveres do conselheiro e as demandas que são particulares de cada conselho.

A capacitação tem como objetivo proporcionar o empoderamento dos conselheiros de saúde, melhorando sua atuação e representatividade, pois é com a educação que ele compreende o seu papel e pode posicionar-se criticamente fortalecendo assim o Controle Social.

#### 4.1.2 O exercício do Controle Social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE

Nesse cenário, Duarte e Machado (2012) buscaram identificar qual a percepção que os conselheiros tinham a respeito do seu papel no exercício do Controle Social, e percebeu-se que 59 % dos conselheiros consideraram-se capazes para o exercício de sua função. Dos sujeitos da pesquisa, apenas 29% deles tinham recebido capacitação, dos quais do segmento usuários, metade deles tinham recebido uma capacitação específica, ao passo que do segmento governo e prestadores de serviço não tinham recebido capacitação. Somente um dos representantes dos trabalhadores tinha recebido capacitação.

Ainda, os autores trazem como fator determinante para a efetividade de atuação, a capacidade dos conselheiros de compreender os assuntos, discuti-los e delibera-los. Essa capacidade vai da compreensão textual e conhecimento a respeito dos SUS, até a sua postura democrática diante das discussões. Mas, salientam a necessidade de apresentação de dados de forma clara e objetiva, para oportunizar a participação e colaborar para as análises e decisões.

Os autores sugerem:

No sentido de fortalecer a participação efetiva nos Conselhos, todos os esforços são meritórios. Quanto a isso, o estabelecimento de uma política de educação continuada para os conselheiros verifica-se imprescindível. As ações de capacitação dessa política devem ser tão freqüentes quanto a rotatividade da sua composição. Sem formação e informação não há poder

de ação e, uma vez que o poder no campo social provém do conhecimento, torna-se vital democratizá-lo junto aos Conselhos de Saúde. (DUARTE; MACHADO, 2012, p. 136)

#### 4.1.3 Estudo realizado no município de Feira de Santana, na Bahia

Para as autoras Ribeiro e Nascimento (2011), os depoimentos dos sujeitos da pesquisa deixam claro que o Controle Social é algo fundamental para a construção do “bem-estar” social, com base numa participação consciente e mobilizada. Porém observaram que muitas vezes os sujeitos atuam como representantes, mas sem poder de atuação, argumentação e cooperação.

Para que se concretize esse conceito fundamental é necessária a troca de saberes entre gestores, conselheiros e comunidade, pois precisa haver um equilíbrio. As autoras relatam a importância de os conselheiros leigos terem a compreensão de indicadores epidemiológicos, instrumentos esses que ajudam a estabelecer prioridades nas políticas públicas de saúde, e os conselheiros detentores dos conhecimentos técnicos precisam priorizar as necessidades locais.

Neste sentido, sugerem uma política de Educação Permanente que capacite os diferentes segmentos (usuários, trabalhadores, prestadores e gestores), tornando disponíveis as informações para construção do conhecimento, proporcionando um empoderamento técnico e político.

#### 4.1.4 Capacitação para quê? O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste

Mesmo com quase 30 anos de SUS, segundo Jurberg e Oliveira (2014), a capacitação continua sendo indispensável para que o Controle Social seja uma realidade. Isso porque, mesmo antes do SUS, já nas Conferências de Saúde em 1982, eram apresentadas propostas sobre esse assunto. Posteriormente durante a XI Conferência de Saúde, certificou-se que os Conselhos de Saúde necessitavam de capacitação para se posicionarem de forma mais ativa.

Essa demanda é proveniente da dinâmica dos movimentos sociais e da rotatividade dos conselheiros, em virtude da renovação dos mandatos, carecendo assim de uma capacitação contínua.

Neste contexto, os autores realizaram um estudo junto aos conselheiros, foram enviados formulários de múltipla escolha e questões discursivas por malas

diretas de *emails* aos conselheiros, sua amostra ficou em 108 questionários preenchidos de 63 municípios da região Sudeste.

Dentre as várias perguntas destacou-se a questão que dizia: "Em sua opinião, a falta de informações/conhecimento por parte dos conselheiros cria dificuldades para que o Conselho exerça seu papel social? Quais dificuldades?" 91% responderam que sim, a falta de conhecimento dificulta o exercício do seu papel. Da mesma forma, 90% dos conselheiros também relacionam que a informação e o conhecimento têm influência nos debates, pois possibilita argumentações.

Com a finalidade de captar um auto avaliação dos conselheiros foi perguntado: "Se a maioria dos conselheiros de saúde tem informações, conhecimentos necessários para o exercício das suas funções? " Como resposta, 90,4% dos conselheiros disse que não.

Ao analisar as questões, os autores perceberam que os movimentos sociais precisam ser fortalecidos, de forma a prover a seus representantes do conhecimento, auxílio técnico e jurídico.

#### 4.1.5 Educação permanente no âmbito do controle social no SUS

Na cidade de Porto Alegre-RS, foi implantado um programa de Educação Permanente por uma necessidade reconhecida pelos próprios conselheiros, conforme relata Alencar (2012). Esse programa teve a finalidade de oportunizar aos conselheiros o acesso e o entendimento das informações ligadas a área da saúde, contribuindo na comunicação e no protagonismo no Controle Social.

A autora afirma que foram traçados os objetivos dentro dessa perspectiva:

- Socializar informações aos conselheiros, no sentido que o arranjo e a operacionalização do SUS são complexos.
- Qualificar a tomada de decisões do controle social no SUS, para que as ações do Conselho tenham relevância, e não seja um mero protocolo estabelecido em lei.
- Aperfeiçoar a atuação dos conselheiros e comissões através do conhecimento.
- Aumentar a participação dos indivíduos em defesa da saúde.
- Divulgar na comunidade o papel do Controle Social, direito conquistado e legitimado.

- Instigar as pessoas a apropriar-se da função conselheiro, envolvendo-se nas demandas da comunidade local.
- Aumentar a cooperação dos conselheiros no funcionamento do conselho, num processo de atuação corresponsável.
- Intensificar ações em defesa dos direitos dos usuários do SUS, tornando o Controle Social visível a população.

A autora reconhece que o processo ou planejamento de Educação Permanente, precisa ponderar as diversidades, sendo que as representatividades dos conselhos compõem segmentos usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de serviço e representantes do Governo e a qualidade desse processo refletirá nas deliberações e na eficiência das políticas públicas de saúde. Portanto as informações devem proporcionar condições para o pleno exercício das suas atribuições e a interatividade entre seus membros.

A metodologia utilizada no programa de Educação Permanente proporcionou material didático e linguagem de fácil compressão, troca de experiências, vídeos, filmes, instrumentos esses que a autora lembra que estão descritos nas Diretrizes Nacionais para o Processo de Educação Permanente no Controle Social do SUS. Utilizaram-se também documentos e textos oficiais, informações técnicas para a compreensão do papel do controle social.

O processo de Educação Permanente conta com módulo introdutório, avançado, seminários temáticos, oficinas e grupo de discussão. Essa forma de intervenção tem resultado numa melhor fiscalização, acompanhamento e planejamento da gestão do SUS, reivindicando dos gestores a prestação de contas e relatórios precisos para a compreensão de todos.

A autora considera que o Programa de Educação Permanente tem sido uma importante ferramenta para intensificar as ações de controle social no SUS, haja visto que, em razão da apropriação do conhecimento tem se obtido resultados positivos, e expandido relações com o Ministério Público, Ministério do Trabalho e o Tribunal de Contas do Estado, para concretizar e fortalecer o Controle Social.

#### 4.1.6 Capacitação no município de Viçosa-MG

Cotta et al (2010) nos trazem uma experiência do Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde em um município de Minas Gerais, o intuito foi o

fortalecimento e qualificação para o exercício consciente do Controle Social. Para os autores, a falta de formação é um ponto negativo para o empoderamento, e conseqüentemente limita o sujeito, não podendo este realizar plena cidadania.

Verificou-se que no curso não tiveram representantes do Governo, acredita-se que possa ser por receio de partilhar o poder, evitando muitas vezes debater assuntos que possam suscitar discussões. Em contrapartida, 51,7% dos participantes do curso eram representantes dos usuários do SUS.

Destacam os autores, que mesmo com o esforço dos usuários na busca de ampliar sua influência nos colegiados, será necessária uma mudança para garantir a representação e participação de todos os segmentos em prol da democracia participativa que interfira nas políticas de Saúde.

Observou-se que poucos sujeitos atribuíram ao Conselho de Saúde a função de viabilizar o Controle Social mesmo sendo esse seu papel principal, como instância instituída pela Lei 8.142. Essa colocação mostra que os conselheiros não estão preparados ou desconhecem suas atribuições.

A Educação Permanente é fundamental para o reconhecimento e aprimoramento dos conselheiros na participação efetiva nas políticas públicas de saúde. É preciso conhecer o seu papel e ter informações pertinentes, pois elas proporcionam capacidade argumentativa que ajudarão na tomada de decisão e deliberação.

Outras observações apresentadas pelos sujeitos da pesquisa de Cotta et al. (2010), são os pontos negativos ao efetivo funcionamento do Conselho:

- Falta de conhecimento por parte da população da existência do Conselho Municipal de Saúde;
- Carência de embasamento para analisar e tomar decisão;
- Ausência consecutiva de representatividade de algumas entidades;
- Falta de articulação do Conselho;
- Não ter acesso aos dados orçamentários e prestação de contas dos Gestores;
- Insuficiência de conhecimento para realizar as deliberações;
- Falta de participação do conselho na elaboração do Plano Municipal de Saúde (PMS);

- Evitar a imposição, manipulação dos gestores nas assembleias e o desrespeito às decisões deliberadas;

O curso concedeu o amadurecimento das atribuições Conselho/ conselheiros, fomentando a busca por informações, troca de experiências e consciência cidadã para intervir e fortalecer o Controle Social. Desta maneira, a capacitação viabiliza superar as fragilidades existentes e transformar os sujeitos sociais em protagonistas na implantação de um sistema mais justo.

#### 4.1.7 Percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde

Nessa perspectiva Ouverney, Moreira e Ribeiro (2016), testaram através de questionário de uma plataforma *on-line*, o nível de conhecimento e prática de 1.859 conselheiros de 26 unidades de Federação egressos do curso QualiConselhos, um Programa de Apoio à Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (PNEPSUS).

Os autores reforçam que as preocupações com a qualificação dos conselheiros, fizeram com que o CNS editasse em 1999, as Diretrizes Nacionais para a capacitação dos conselheiros, que mais tarde transformaram-se na Política Nacional de Educação Permanente no SUS que estabelece um modelo para qualificação.

A percepção dos autores sobre os egressos do QualiConselhos se deu dessa forma:

- a) Da proporção dos conselheiros que responderam as perguntas o grupo preponderante era trabalhadores e usuários 66%, que estavam no primeiro ou segundo mandato 64,5% e que haviam participado no máximo uma vez de processos de elaboração de um plano municipal de saúde 71,3%.
- b) Da capacidade de influência no poder decisório junto à Secretaria Municipal de Saúde, 41,4% tem a percepção de que o conselho possui influência mediana, 24% atribuem baixa ou nenhuma influência e 17,1% atribui alta influência.
- c) Na elaboração do planejamento participativo a maioria apontou que seus conselhos possuem baixa iniciativa, e pouca eficiência na conexão com a

comunidade. Assim, 52,4% indicou que o conselho não participou da organização da Conferência e apenas 17,8% formaram parcerias com movimentos sociais para realização da Conferência.

- d) A elaboração do Plano Municipal de Saúde, foi pauta nas assembleias: menos de duas vezes em 47,7% dos conselhos e mais de duas vezes em 27,4% dos conselhos.
- e) No que se refere a participação na execução da política municipal de saúde, eles consideram razoável, sendo que, 44,1% utilizam o plano municipal de saúde em conjunto com relatório de gestão, na fiscalização da SMS ou para orientação dos conselheiros. Embora, 15,9% de conselhos de saúde não levam em conta o plano municipal de saúde, um número menos expressivo, mas significativo, pois 70,9% dos conselheiros reconhecerem ele como instrumento norteador da programação das ações e serviços em saúde.
- f) A percepção dos conselheiros que a análise da situação de saúde da população é o ponto de partida para o planejamento do plano, foi de 57,2%. Já o monitoramento e execução do plano como atribuição do conselho foi reconhecida por 86,4% dos conselheiros, e 70,7% atribuem ao relatório anual de gestão o instrumento para avaliá-lo.

Os autores relacionam o alto percentual do conhecimento se refere ao planejamento, aos conselheiros serem egressos de um processo de capacitação ou de terem já um conhecimento básico sobre o assunto, visto que, para elaborar um plano de saúde é necessário conhecimento epidemiológico, demográfico e de economia, ou seja, são conhecimentos mais profundos sobre a realidade da população.

Apesar dos conselheiros terem a conscientização dos assuntos abordados no curso, refere dificuldade para atuar eficazmente no Controle Social. Nesse contexto, é importante que o conselho tenha uma participação democrática, assim sendo, o representante não irá somente identificar as demandas, como também terá oportunidade de se pronunciar e deliberar a respeito das políticas de Saúde.

Do mesmo modo, outras dificuldades foram atribuídas à utilização das ferramentas gerenciais do SUS, como o Sistema de Orçamento Público em Saúde (SIOPS) e a articulação intersetorial que é um fator importante na formulação das políticas de saúde.

Os autores consideram a qualificação dos conselheiros estratégias fundamentais para a compreensão e o aperfeiçoamento do exercício das suas atribuições, possibilitando um debate igualitário entre os atores do Controle Social. A Educação Permanente é indispensável para que os conselhos de saúde se fortifiquem como instâncias do processo decisório da política de saúde.

#### 4.1.8 Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação

Conforme Coelho (2012), é importante formar os sujeitos autônomos para debater, pois a participação social, utilizando-se do direito de opinião ou oposição, se torna mais efetiva. A divulgação de informações e de conhecimentos é imprescindível para encorajar a busca pelo direito social à saúde e qualidade de vida. Esses fatores influenciam na construção do indivíduo em si, como também formam uma identidade comunitária e pública.

A comunicação é um processo indispensável ao controle social, portanto é necessário assegurar o acesso adequado às informações e ao direito de expressão, de ser ouvido e considerado.

O conhecimento é um poder, um mecanismo que tira o sujeito de refém do saber técnico e lhe torna capaz para exercer seu papel, tomando decisões que consequentemente trarão benefícios à população.

Coelho (2012) diz que formar continuamente os sujeitos envolvidos no controle social, amplia a capacidade de transmitir seus anseios, suas necessidades e forma uma consciência política colaborando para efetividade do Controle social.

#### 4.1.9 Conselheiros usuários do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade

Santos, Vargas e Lucas (2011) buscaram conhecer a realidade dos conselheiros do segmento usuário. Constatou-se que o conhecimento sobre o SUS e demais mecanismos de participação, como a interação com suas bases representativas, são obstáculos para o pleno exercício. A forma como é produzida e divulgada a informação pode restringir a participação, tornando assim as políticas de saúde criadas para os sujeitos e não com os sujeitos.

Existem informações muito técnicas e podem criar dificuldade de compreensão, por isso há necessidade de capacitar tecnicamente os conselheiros para cumprir as atribuições que lhe competem descritas na Resolução do Conselho Nacional.

Acredita-se que os conselheiros precisam se comunicar com suas bases para conhecer suas necessidades e disseminar a informação para que haja interesse em participar da construção das políticas de saúde, não cobrando somente do Estado, mas sendo agente participativo e a educação permanente é um dos caminhos para essa construção.

#### 4.1.10 Os conselhos gestores municipais como instrumentos da democracia deliberativa no Brasil

De acordo com Silva e Oliveira, Pereira e Oliveira (2010, p. 423) [...] “a construção coletiva de decisões por meio do diálogo entre indivíduos politicamente iguais representa a essência da democracia deliberativa” [...].

Para os autores existem diversos fatores que influenciam na efetividade dessas instâncias deliberativas como:

**Representatividade:** no que diz respeito ao cancelamento dos mandatos por razões de assiduidade, responsabilidade e legitimidade dos conselheiros. A escolha dos conselheiros deve ser criteriosa, de modo a associar aos conselhos sujeitos com vínculos comunitários, com valores públicos e com capacidade para analisar e dialogar.

**Autonomia:** que se dará a não se sujeitar a submissão de autoridades, que determinam obrigatoriamente indivíduos para posições estratégicas dentro dos conselhos. Porém a autonomia depende igualmente de estrutura física, gerencial e financeira.

**Condições interinstitucionais:** relaciona-se ao vínculo com outros segmentos (instituições voltadas às demandas coletivas, associações comunitárias, movimentos populares, organizações não governamentais) e as autoridades (executivo e suas secretarias, o legislativo e o Ministério Público).

**Processos pedagógicos:** métodos de capacitação que constem conceitos referentes ao conjunto de assuntos deliberativos, atribuições dos conselhos, legislação pertinente e aos processos de organização, funcionamento e controle das

políticas. Além disso, deve ser incentivada a comunicação, a troca de experiências entre conselhos e conselheiros e atuações intersetoriais.

A capacitação vem ao encontro da necessidade de oportunizar a todos o diálogo, deixando de lado discursos muito técnicos, especializados que excluem algumas pessoas e dão poder a outras. As exposições precisam ser claras para proporcionar o entendimento dos vários sujeitos, e produzir a cooperação desses através das argumentações e juntos buscarem resultados positivos e viáveis.

#### 4.1.11 Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde

Kleba, Zampiom e Comerlatto (2015) reforçam que a relação entre órgãos públicos e organizações sociais colaboraram para a comunicação entre a sociedade e o Estado e podem tornar efetiva participação dos conselhos e conseqüentemente democratizar a gestão pública.

A política democrática dispõe-se a criar condições- institucionais, políticas e associativas- para que os cidadãos organizados controlem seus governos e participem deles, cobrem responsabilidade dos diferentes atores do jogo social e ponham em curso processos ampliados de deliberação, de modo a que se viabilizem lutas e discussões públicas em torno do como viver, do como governar e do como conviver. (NOGUEIRA, 2005, p. 90-91)

Assim, o conhecimento se torna um poder, pois a interpretação das informações pode transformar a realidade em que vivemos, possibilitando a capacidade para argumentar e proteger interesses da coletividade, influenciando no processo decisório das Políticas Públicas.

#### 4.1.12 Estudo realizado no município de Colombo, PR

“Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde” é o tema do artigo de Martins et al (2013) que procurou analisar os conhecimentos dos direitos e deveres desses atores no Controle Social.

Para os autores é determinante a capacitação dos conselheiros, visto que necessitam de informações para sua atuação qualificada, na idealização de uma postura que exprima e defenda os anseios de seu segmento.

Vale lembrar que existem várias iniciativas de educação continuada como: cursos, oficinas e encontros propostos pelas instâncias municipal, estadual e federal, por parte dos conselhos ou até mesmo das universidades. Observou-se que existem conselheiros que desconhecem o seu papel, o que os torna de certa forma manipuláveis.

A maioria dos conselheiros usuários e trabalhadores da saúde não tem conhecimento necessário com relação ao orçamento da saúde, o que os torna passíveis de aceitar, sem questionamentos os relatórios elaborados pelos gestores.

Muitas vezes os conselheiros iniciam o exercício de sua função com esperança de aprender na prática, contudo essa percepção prejudica e limita sua forma de intervenção autônoma. É possível que se aprenda na prática, mas é um saber empírico. É fundamental proporcionar ao sujeito, condições de conhecimento que lhe confirmem autonomia técnica e política. Constatou-se maior conhecimento por parte dos gestores, o que lhes permite maior poder de interferência no direcionamento das políticas Públicas de saúde.

Assim, os autores concluem que se existe o desejo para que o Controle Social participe na construção de uma política de saúde democrática é imperativo dar condições aos conselheiros através da Educação Permanente.

#### 4.2 Análise sobre os autores

A partir da colocação dos autores percebe-se que Educação Permanente é fundamental para o Controle Social, porém as didáticas das capacitações precisam proporcionar condições de aprendizagem a todos, para que possa acontecer a democracia participativa e conseqüentemente uma maior autonomia gerando qualidade na participação dos conselheiros.

A Educação Permanente qualifica os Conselheiros para tomada de decisão, proporcionando maior interferência na elaboração e fiscalização das ações e serviços em saúde prestados à população.

Outras questões foram levantadas como a representatividade, pois os conselheiros podem até ter a informação, porém se não levarem as suas bases representativas para discutir e analisar, não terá efeito o conhecimento.

Cortella e Dimenstein (2015) fazem uma comparação do uso da informação com a fertilidade e a esterilidade, sendo que não é só ter a informação, a pessoa

precisa saber como usá-la e aplicá-la em seu contexto, nesse sentido é fértil. Por outro lado, a infertilidade corresponde a pessoa que recebe a informação, mas não gera uma mudança, uma elevação.

A intersetorialidade foi outra questão considerada importante na construção das Políticas Públicas de Saúde e vem a corroborar com estabelecido na Lei nº 8080, que condiciona a saúde a fatores como: a alimentação, a habitação, o saneamento, as condições de trabalho e renda e educação. (BRASIL, 1990a)

Outra questão foi a parceria com outras instituições como: Ministério Público, Defensoria Pública, legislativo e associação de moradores. Existem decisões que precisam ser consultadas e esses parceiros são indispensáveis de maneira a colaborar para a tomada de decisão.

Percebe-se que existe uma preocupação em relação a articulação do Conselho de Saúde com a comunidade, sendo que a visibilidade do Conselho e sua atuação muitas vezes não é reconhecida pela população, pois o Conselho de Saúde nasceu da união da população por melhorias, por condições dignas de Saúde. Portanto essa preocupação é relevante e nessa perspectiva a Educação Permanente fortalece o Controle Social.

#### 4.3 Pesquisa Documental

A Pesquisa Documental iniciou-se após a reunião com a presidente, vice e secretária – executiva, onde foi explanado o projeto de pesquisa e autorizado pela presidente. Posteriormente foi liberado acesso aos documentos como: Atas, Relatórios, dentre outros, pela equipe da secretária executiva para a coleta de dados.

Durante a coleta de dados a presidente deixou o Conselho Municipal de Saúde de Joinville indo para o Conselho Estadual de Saúde (CES), onde por votação se tornou a nova presidente do Conselho Estadual de Saúde de Santa Catarina, conforme Ata da 222ª Reunião Ordinária do CES do dia 8 de março de 2017, assumindo dessa forma o vice como atual presidente. (FLORIANÓPOLIS, 2017)

Foi explanado durante esta pesquisa, questões a respeito do Conselho: o que é um Conselho de Saúde; como funciona; sua estrutura; suas atribuições.

Nesse momento, pontuaram-se algumas características que são específicas da lei Municipal que o constituiu e de seu regimento interno.

#### 4.3.1 Conselho Municipal de Saúde de Joinville

O Conselho Municipal de Joinville conforme Lei Municipal nº 5290 de 02 de setembro de 2005 e Regimento Interno é constituído por quarenta (40) membros titulares e quarenta (40) membros suplentes, indicados pelos respectivos órgãos e entidades. Obedecendo a paridade e representatividade já descrita no trabalho anteriormente. (JOINVILLE, 2005, 2014b)

Desta forma conforme Artigo 6º do Regimento Interno O CMS é composto por essa representação de conselheiros titulares e suplentes. (JOINVILLE, 2014b)

- Representantes do segmento Governo: 5
- Representantes do segmento Prestadores de Serviço: 5
- Representantes do segmento Profissionais de Saúde: 10
- Representantes do segmento Usuários: 20

O exercício do mandato dos Conselheiros é de dois anos, podendo ser reconduzidos por mais uma vez. Os conselheiros são nomeados pelo Prefeito Municipal, mediante a indicação dos respectivos órgãos e entidades que representam, porém, os órgãos ou entidades podem a qualquer tempo solicitar a substituição dos conselheiros que o representam. (JOINVILLE, 2014b)

É na Conferência Municipal de Saúde, realizada a cada 2 anos, que são selecionadas por votação, as entidades de cada segmento, que tenham interesse na substituição das vagas existentes no Conselho Municipal de Saúde. É necessário substituir 3 das entidades do segmento dos prestadores de serviços, 5 do segmento dos profissionais de saúde e 10 do segmento dos usuários que pertencem aos Conselhos Locais de Saúde. (JOINVILLE, 2005)

As Assembleias Ordinárias do CMS acontecem 1 vez por mês, geralmente na última segunda do mês e as Extraordinárias quando necessário. São realizadas no Plenarinho da Câmara de Vereadores, eventualmente em outro local, tem início às 18h30, com duração de 2 horas.

Os mecanismos de divulgação do CMS são: site da prefeitura [www.joinville.sc.gov.br/departamento/cms/](http://www.joinville.sc.gov.br/departamento/cms/), onde se encontram as Resoluções, Atas, publicações e notícias a respeito do Conselho; página no facebook (Conselho

Municipal de Saúde de Joinville) que trazem o Edital de Convocação das assembleias ordinárias, extraordinárias, incluindo informações da pauta do dia bem como notícias relacionadas ao Conselho e ainda utiliza e-mails na divulgação.

O Conselho conta também com 4 Comissões permanentes: a Comissão de Assuntos Internos (CAI), Comissão de Assuntos Externos (CAE), Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) e a Comissão de Capacitação de Conselheiros de Saúde. O Conselho pode constituir comissões temporárias para assuntos específicos. (TRAVIA, 2013)

As Comissões são formadas paritariamente e tem a finalidade de analisar mais profundamente assuntos que não são deliberados nas assembleias, por falta de informações suficientes para tomada de decisão dos conselheiros. Sendo assim, elas prestam serviço de assessoria ao CMS. (JOINVILLE, 2014b)

#### 4.3.2 Atribuições do Conselho Municipal de Saúde de Joinville

As atribuições do Conselho Municipal de Saúde estão descritas no Capítulo II, e Art. 4º do Regimento Interno:

Sem prejuízo das funções constitucionais do Poder Legislativo e nos limites da Legislação vigente, são atribuições e competências do Conselho Municipal de Saúde de Joinville:

I – acompanhar, analisar, fiscalizar e avaliar as ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível municipal;

II – formular estratégias para controlar a execução da Política Municipal de Saúde;

III – definir as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde, em função dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS);

IV – aprovar periodicamente a elaboração e atualização do Plano Municipal de Saúde;

V – estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais conselhos e colegiados municipais;

VI – acompanhar, apreciar e avaliar a proposta orçamentária do Fundo Municipal de Saúde e sua programação financeira;

VII – acompanhar a execução do cronograma orçamentário do Fundo Municipal de Saúde bem como a sua aplicação e operacionalização;

VIII – acompanhar e avaliar a compra de ações e serviços privados de acordo com o Capítulo II, da Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990;

IX – apreciar e aprovar o Relatório Anual de Gestão do Sistema Único de Saúde apresentado pelo Gestor Municipal;

X – articular-se com as Secretarias de Educação e instituições de ensino e pesquisa, para a criação e manutenção de cursos na área da saúde;

XI – aprovar, acompanhar e avaliar a participação do Município em ações e serviços regionais de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XII – definir critérios, apreciar e aprovar previamente a celebração de contratos, convênios e/ou termos aditivos entre a Secretaria da Saúde e as

entidades públicas e/ou privadas de saúde, no que tange à prestação de serviços;

XIII – elaborar e aprovar o seu Regimento Interno, dos Conselhos Locais de Saúde e o Código de Ética e Conduta;

XIV – alterar e aprovar o regimento e/ou o regulamento e acompanhar o cumprimento das ações propostas nas Conferências Municipais de Saúde;

Parágrafo Único – Para atender aos objetivos do Conselho Municipal de Saúde, serão levadas em consideração as prioridades estabelecidas nos Conselhos Locais de Saúde existentes ou a serem organizados. (JOINVILLE, 2014b. 1-2 p)

#### 4.4 Educação permanente no Conselho Municipal de Saúde de Joinville

O Conselho Municipal de Saúde de Joinville está cumprindo o estabelecido em lei, proporcionando aos seus conselheiros capacitações para o exercício do Controle Social. A Educação Permanente no CMS acontece mediante capacitações internas e externas:

- As internas são programadas pela equipe da comissão de capacitação dos conselheiros, com temas pertinentes as atribuições do conselho, ou por demandas sugeridas pelos próprios conselheiros.
- As externas são capacitações específicas realizadas fora do município, essa não abrange todos os conselheiros, por fatores de disponibilidade e limite de vagas.

##### 4.4.1 Capacitações Internas

O cronograma de datas das Capacitações é previsto, em dezembro de cada ano, ficando os temas a serem definidos posteriormente. As capacitações de 2016, foram previstas conforme Ata da 259ª Assembleia Geral Ordinária de 07 de dezembro de 2015. (JOINVILLE, 2015)

Foram previstas 10 capacitações, porém foram realizadas somente 9, por aumento da demanda de assuntos para deliberar, que necessitou de mais assembleias durante o mês de fevereiro. Essa alteração foi apresentada e aprovada na Ata da 155ª assembleia extraordinária de 04 de fevereiro de 2016. (JOINVILLE, 2016a)

Os recursos financeiros para capacitação foram estabelecidos na Ata da 260ª Assembleia Geral Ordinária de 25 de janeiro de 2016, que apresentou e aprovou R\$ 140.000,00 do Planejamento do Conselho Municipal de Saúde de Joinville para o

ano de 2016, para realizar as plenárias, eventos, capacitações, divulgação, materiais gráficos, viagens e diárias. (JOINVILLE, 2016b)

O Conselho Municipal de Saúde de Joinville (CMS) juntamente com a Comissão de Capacitação utilizaram o método de Ciclo de Palestras nas capacitações. O ciclo corresponde a uma sequência de assuntos para entender as diretrizes e o modelo assistencial do SUS. Sendo assim o ciclo de capacitações de 2016 teve início em março e término em novembro, e os temas abordados seguem abaixo, conforme quadro 4.

Quadro 4- Temas das Capacitações de 2016

Nº	Mês	Tema
1	Março	Estrutura e Funcionamento do CMS; Conselho Local de Saúde, Regimento Interno e Código de Ética e Conduta e Controle Social no Sus
2	Abril	Estrutura e Funcionamento das Unidades Básicas de Saúde; Bata na Porta Certa; Carta dos Direitos e Deveres dos Usuários; Estrutura e Funcionamento da Secretária Municipal de Saúde.
3	Maio	Orçamento e Financiamento do SUS X Papel do Controle Social
4	Junho	Estrutura e Funcionamento da Rede de Referência-GURS
5	Julho	Contabilidade Pública: Lei das Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei do Orçamento Anual (LOA)
6	Agosto	Planejamento e Execução Orçamentária na Saúde
7	Setembro	História da Saúde Pública no Brasil- Princípios e Diretrizes do SUS, A Constituição- Lei Orgânica do Município e do Estado
8	Outubro	Planejamento e Execução Orçamentária na Saúde
9	Novembro	Judicialização na Saúde

Fonte: Relatório de Atividades da comissão de Capacitação de 2016

As capacitações foram organizadas pela Comissão de capacitação, com o apoio da Secretaria Executiva do CMS e a participação voluntária de 09 facilitadores, pessoas com experiência na área como: Especialista em Administração Pública, Consultor Financeiro e de Previdência, Auditor Fiscal do Tribunal de Contas da União (TCU), Especialista em Saúde Pública, Mestre em Saúde e Meio Ambiente, Gerente da Unidade Administrativa e Financeira da SMS e Gestores.

O cronograma das capacitações trouxe temáticas muito pertinentes ao exercício de sua função e colabora para a tomada de decisão. Nota-se que se repetiram a temática “Planejamento e Execução orçamentária na Saúde”. Acredita-se que o motivo seja a elaboração do Plano Municipal de Saúde 2018- 2021.

Foram disponibilizados 09 encontros com uma média de 90 vagas por encontro, distribuído entre Conselheiros Municipais, Locais, de outros Municípios, profissionais da Saúde e comunidade, conforme o Relatório de Atividades da Comissão de Capacitação. (JOINVILLE, 2016f)

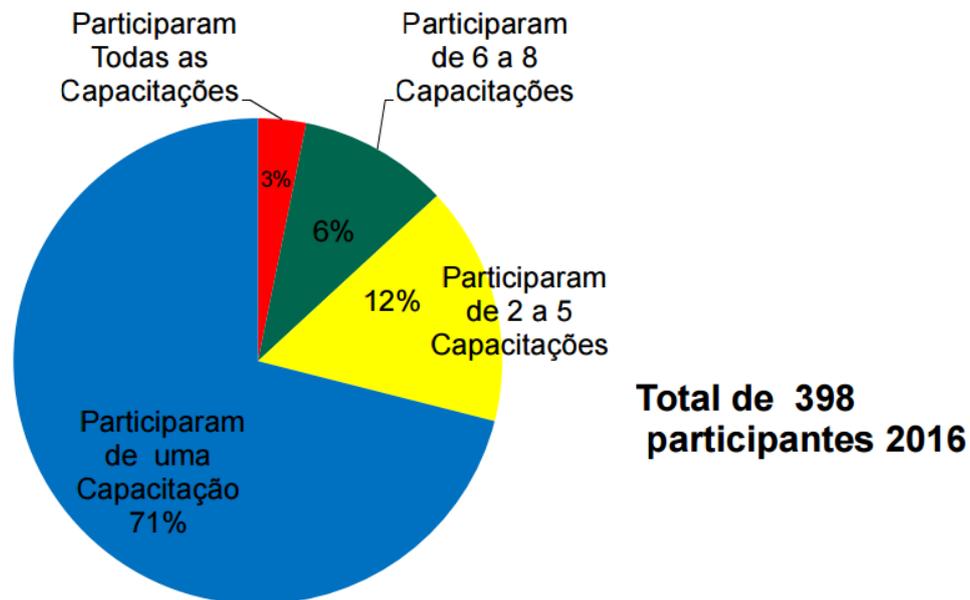
Quadro 5- Participantes dos encontros de Capacitação

	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°
<b>Participantes</b>	<b>30</b>	<b>41</b>	<b>68</b>	<b>27</b>	<b>31</b>	<b>73</b>	<b>86</b>	<b>72</b>	<b>76</b>
Conselheiros Municipais	7	9	15	9	4	25	20	17	22
Conselheiros Locais	15	10	14	3	7	21	25	23	15
Conselheiros/ Outros Municípios	4	4	15	2	3	14	12	13	23
Profissionais da Saúde	2	0	10	2	0	3	7	11	9
Comunidade	2	18	14	11	17	10	22	8	7

Fonte: (JOINVILLE, 2016f)

O quadro acima mostra o número de participantes, sendo que em alguns encontros tiveram a maior presença de Conselheiros Locais, outros da comunidade, do Conselho Municipal e de outros municípios. Para compreender a assiduidade dos participantes mostra-se a figura abaixo:

Figura 3- Ciclo de Capacitação



Fonte: Relatório de Atividades da comissão de Capacitação de 2016

O que realmente se destaca na análise é a descontinuidade da maioria dos participantes, sendo que 71% das pessoas participaram de somente uma capacitação, 12% que participaram de 2 a 5 Capacitações, seguido de 6% das pessoas que participaram de 6 a 8 Capacitações e uma pequena porcentagem de 3% que participou de todas as Capacitações do Ciclo de 2016, como mostra a figura.

Mais importante que ter a capacitação é participar dela, pois somente 3% dos participantes finalizaram o Ciclo de capacitações embora tenham sido incentivados a participar ao longo do ano conforme percebeu-se na leitura das atas. Seria importante saber o motivo dessa descontinuidade, mas por falta de tempo hábil, a pesquisa não se submeteu ao Comitê de Ética e Pesquisa e, portanto, não foi possível levantar essas informações.

Ao participar da capacitação é entregue um formulário de avaliação: do tema, do palestrante, da divulgação, da organização, do local do evento e sugestões, para analisar se está tendo o retorno esperado pelos conselheiros ou se é necessário mudar as estratégias para atingir as demandas de conhecimento requeridas. Com base nas avaliações a Comissão de Capacitação consegue rever os métodos e os temas.

Para o ano de 2017 a comissão já preparou Temas pensando na renovação dos membros do Conselho. O cronograma conta com palestras e seminários e capacitação específica para os conselhos locais e comissões permanentes, pois pela avaliação feita, somente palestra não atende a todas as demandas desse grupo.

Observa-se que o Conselho de Saúde juntamente com a Comissão de Capacitação, estão ofertando aos seus Conselheiros e a toda comunidade a Educação Permanente que preconiza a Política de Educação Permanente para o Controle Social. Cabe aos conselheiros e a comunidade interessar-se por conhecer, ou aperfeiçoar-se, para aqueles que já estão num segundo mandato, sobre as informações pertinentes para o efetivo exercício do Controle Social.

#### 4.4.2 Capacitações Externas

As capacitações externas foram sugeridas de acordo com as Atas das seguintes assembleias:

- 263ª assembleia ordinária: Capacitação de Controle Social em Saúde do Trabalhador em Blumenau no dia 27 de maio. (JOINVILLE, 2016c)
- 267ª assembleia ordinária: Curso de vigilância em Saúde do trabalhador para membros do Controle Social de 22 a 26 de agosto. (JOINVILLE, 2016d)
- 160ª assembleia extraordinária: Curso básico para formação de Conselheiros de saúde, gratuito, com 20 horas aula, divididas em 5 encontros, realizado na sede da CMS de Florianópolis. (JOINVILLE, 2016e)

Não existe registro da participação dos conselheiros nessas capacitações. No entanto houve participação na 5ª Mostra Humaniza SUS no mês de maio em Lages/SC, com o tema "Direito à Saúde e Reencantamento do SUS", em conjunto com a Plenária Estadual de Saúde; participação de 4 (quatro) conselheiros na 20ª Plenária Nacional de Saúde e Movimentos Sociais e Populares; a presença de 3 (três) conselheiros no Curso de Formação para Conselheiros (as) de Saúde, na Escola de Saúde Pública em Florianópolis – SC nos meses de outubro e novembro. (JOINVILLE, 2016h)

As Capacitações Externas são eventuais e a indisponibilidade de tempo pode influenciar na baixa ou na não participação, ou ainda, conforme Travia (2013) existem conselheiros que preferem participar de eventos realizados em outras cidades. Apesar de serem eventuais as capacitações externas, são oportunidades de aprendizado e troca de experiências com conselheiros de outros municípios.

#### 4.5 Resultado do exercício de 2016 do Conselho Municipal de Saúde de Joinville

Conforme o Relatório de Gestão Anual de Gestão 2016 o Conselho Municipal de Saúde realizou 21 Assembleias, entre Ordinárias, Extraordinárias e Ampliada que resultaram em 59 Resoluções e foram homologadas pelo prefeito e publicadas no Jornal do Município. (JOINVILLE, 2016h)

Dentre as 59 Resoluções serão destacadas algumas para melhor compressão das atribuições do Conselho Municipal de Saúde.

- Resolução nº 006/2016 – Autorização para modificação na lista de materiais para Aquisição de equipamentos no PA Sul Itaum.
- Resolução nº 014/2016 – Prestação de contas do 2º (segundo) trimestre de 2015 do Hospital Municipal São José
- Resolução nº 016/2016 – Encerramento do contrato entre o município de Joinville (PMJ – Secretaria de Saúde) e o Instituto Vida de Assistência à Saúde
- Resolução nº 017/2016 – Representatividade do CMS em comissões de acompanhamento dos contratos e convênios.
- Resolução nº 026/2016 – Transferência do recurso financeiro do CIES- Centro de Integração de Educação e Saúde para o FMS- Fundo Municipal de Saúde.
- Resolução nº 036/2016 – Aquisição de novos equipamentos e material permanentes para as unidades de saúde da atenção básica.

As Resoluções acima são alguns exemplos de assuntos que o Conselho de Saúde delibera, observa-se que lhe compete autorizar até mesmo a modificação de uma lista de compras, como também verificar a prestação de conta de um Hospital de Alta complexidade.

Diante do exposto, percebe-se que cabe ao Conselho de Saúde deliberar sobre as Políticas Públicas de Saúde que envolvem uma diversidade de assuntos,

que precisam ser conhecidas pelo conselho e a Educação Permanente é o meio para proporcionar o conhecimento.

#### 4.6 Por que o Conselho Municipal de Joinville precisa de Educação Permanente?

##### 4.6.1 A periodicidade de renovação dos seus membros

Em junho ocorrerá a 12ª Conferência Municipal de Joinville com Tema Central: “Vigilância em Saúde: Direitos, Conquistas e Defesa de um SUS Público de Qualidade”. Reforçando-se o que estabelece a Lei nº 5290 de 2005 e Regimento Interno do Conselho Municipal de Joinville, é na Conferência Municipal de Saúde, realizada a cada 2 anos, que são eleitas as Instituições que indicarão seus Conselheiros. Portanto em junho de 2017 serão indicados novos Conselheiros.

Diante do exposto percebe-se a necessidade de continuamente capacitar os Conselheiros, pois mesmo que se mandato se estenda, ainda assim, é importante proporcionar condições para que possam estar mais seguros e confiantes, podendo exercer com eficácia suas atribuições.

##### 4.6.2 Fatores que influenciam nas ações e Serviços em Joinville

Os Conselheiros precisam considerar que as demandas para cidade de Joinville são grandes devido a sua localização e pelo fato de ser município referência em saúde. Portanto o número de pessoas que são atendidas supera sua população e exige o acompanhamento tanto do planejamento, como dos recursos financeiros destinados a prestação de serviços.

Joinville está próximo do Paraná e a BR-101 é uma Rodovia Federal muito trafegada, que liga o Brasil de Norte a Sul e esse fator aumenta consideravelmente a demanda, principalmente dos Hospitais devido aos acidentes de trânsito. Segundo dados do DATASUS- Departamento de Informática do SUS em 2015 ocorreram 323 óbitos de pessoas residentes em Joinville por causas externas (acidente de transporte, agressões, afogamento, lesões autoprovocadas intencionalmente) e 379 óbitos por ocorrência em Joinville devido esse motivo. Diferença de 56 pessoas que morreram em Joinville por causas externas, mas que residiam em outro município. (BRASIL, 2015c)

O município de Joinville além de ter responsabilidades por seus 562.151 mil habitantes computados em 2015. (JOINVILLE, 2016h), também supri as necessidades de saúde de municípios vizinhos, por ser um município de referência em algumas especialidades.

Pode-se citar o exemplo do Hospital Municipal São José que realiza um importante papel na assistência em saúde de Joinville e de toda região. É um hospital 100% municipal e referência em urgência e emergência, tratamento intensivo, neurocirurgia, oncologia, ortopedia e traumatologia. (JOINVILLE, 2016h). Da mesma forma o Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria é referência para 25 municípios das regiões norte e nordeste de Santa Catarina.

Todo esse contexto leva a uma maior conscientização e necessidade de conhecimento para atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde.

Para uma melhor compreensão desses fatores que influenciam nas ações e serviços em Joinville e que precisam ser de conhecimento dos Conselheiros, apresenta-se alguns dados das Internações Hospitalares, atendimentos ambulatoriais por local de atendimento e por residência, em Joinville no ano de 2016.

Quadro 6- Internações Hospitalares em Joinville no ano 2016

Internações em 2016	Eletivas	Urgência	Outros	Total	Valor dos serviços Hospitalares
Por local Atend.	9.695	31.031	0	40.726	R\$ 61.659.999,54
Por Residência	7.853	24.179	17	32.049	R\$ 46.077.590,11
<b>Diferença</b>				<b>8.677</b>	<b>R\$ 15.582.409,43</b>

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) (BRASIL, 2016b, 2016c)

Observa-se que houve 8677 internações, equivalentes a R\$ 15.582.409,43 milhões de reais gastos com pessoas de outros municípios no período de janeiro a dezembro de 2016.

O quadro abaixo apresenta a quantidade de Produção Ambulatorial aprovadas e Valores aprovados por local de atendimento e por residência, no ano de 2016 no município de Joinville.

Quadro 7- Produção Ambulatorial em Joinville no ano 2016

Produção Ambulatorial 2016	Total	Valor Aprovado
Por Local Atendimento	6.946.586	R\$ 60.829.180,25
Por Residência	4.997.894	R\$ 36.042.100,79
<b>Diferença</b>	<b>1.948.692</b>	<b>R\$ 24.787.079,46</b>

Fonte:( Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) (BRASIL, 2016d, 2016e)

Mais uma vez se confirma essa diferença entre moradores e não moradores de Joinville, agora no atendimento ambulatorial de 1.948.692 pessoas que somaram a quantia de R\$ 24.787.079,46 milhões de reais.

Para uma última análise buscou-se os óbitos por local de ocorrência e por local de residência, do ano de 2015, o mais atualizado do DATASUS- Departamento de Informática do SUS, segue no quadro abaixo:

Quadro 8- Óbitos em Joinville em 2015

Óbitos em Joinville/ 2015	Total
Óbitos por Local de Ocorrência	3.282
Óbitos por local de Residência	2.810
<b>Diferença</b>	<b>472</b>

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (BRASIL, 2015C)

Os dados apresentados nos quadros nos confirmam que Joinville presta atendimento à saúde não somente de seus munícipes, portanto as demandas de ações e serviços em saúde aumentam e essas informações ajudam na tomada de decisão, pois são informações baseadas em evidências.

O acesso a esses dados contribui no exercício do Controle Social, no entanto é necessário conhecimento dessas ferramentas como:

**DATASUS:** Que é o departamento de informática do SUS, ele disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. (BRASIL, s.d)

**SIOPS:** Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde, tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde, contribui para o Controle Social sobre a gestão Pública, pois permite acesso aos Conselhos de Saúde, comunidade, enfim, a todos que se interessarem aos dados, tornando mais transparente a aplicação dos recursos Públicos (BRASIL, s.d)

#### 4.6.3 A complexidade do Sistema Único de Saúde exige conhecimento

As ações e serviços de saúde no SUS são organizadas em redes de atenção para garantir acesso a saúde de forma integral. O primeiro atendimento preferencialmente, deveria ocorrer no nível de Atenção Básica, também conhecido como “porta de entrada” para o atendimento no SUS. As ações desenvolvidas nesse nível de atenção envolvem a promoção e a proteção da saúde (vacina, curativo, clínico geral e dentista). Se este nível não for suficiente para resolver o problema de saúde do usuário do SUS, será encaminhado para a média complexidade que dispõe de médicos especialistas e ainda de meios tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Não havendo resolubilidade será encaminhado para o nível de alta complexidade, que envolve procedimentos de alta tecnologia e alto custo. (BRASIL, 2011)

Conforme a Prestação de Contas do 3º Quadrimestre de 2016 em Joinville a despesa com atenção Básica foi de R\$ 18.161.883,94, do total de despesas de R\$ 609.505.650,70, esse valor não chega a 3% do total, sendo que atenção básica:

Deve ser prioridade na gestão do sistema, porque quando funciona adequadamente, a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde. A prática comprova que a atenção básica deve ser sempre prioritária, porque possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade. Estando bem estruturada, ela reduzirá as filas nos pronto-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia. (BRASIL, 2011, p. 381)

Percebe-se que Joinville precisa fortalecer a Atenção Básica e a educação é um caminho para chegar lá, a prefeitura juntamente com a Secretária de Saúde lançaram em 2014 uma cartilha do programa “Bata na Porta Certa” com intuito de

orientar o usuário do SUS para qual local de atendimento ele deverá ir de acordo com sua necessidade. Na Cartilha consta os endereços, horários de atendimento, contatos telefônicos das unidades Básicas de Saúde, os pontos de Atenção para Referência, Urgência, Emergência. (JOINVILLE, 2014c)

O Atendimento prestado em todos esses níveis de Atenção, assim como a assistência farmacêutica vem de recursos financeiros provenientes das 3 esferas de Governo: Federal, Estadual e Municipal, são repasses feitos através de transferência “Fundo a Fundo” para financiar a saúde, compete aos conselheiros saber de quem cobrar os repasses e fiscalizar.

As ações e serviços de saúde, implementados pelos estados, municípios e Distrito Federal são financiados com recursos próprios da União, estados e municípios[...]Cada esfera governamental deve assegurar o aporte regular de recursos ao respectivo fundo de saúde[...] (BRASIL, 2011, p. 150)

Na prestação de contas do 3º quadrimestre de 2016 o Relatório Resumido do orçamento apresenta as Receitas adicionais para o Financiamento da Saúde em Joinville.

#### Quadro 9- Receitas adicionais para o Financiamento da Saúde

Transferência de Recursos do SUS	Valor
Proveniente da União	R\$ 157.379.320,82
Proveniente do Estado	R\$ 9.095.763,43
Outras Receitas do SUS	R\$ 80.085,00
<b>Total</b>	<b>R\$166.555.169,25</b>

Fonte: (JOINVILLE, 2016i) Prestação de Contas do 3º Quadrimestre 2016

Os Recursos Financeiros para obras, ampliações e reformas também vem de diferentes Esferas Governamentais, e conforme o Relatório Anual de Gestão 2016, dentre as várias obras realizadas aponta-se a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Edla Jordan, que passou por reforma e ampliação, com total investido de R\$ 625.065,40. Na UBSF Morro do Meio houve a Construção, com investimento total de R\$ 1.395.427,43 e a Policlínica Boa Vista (Oncologia e Patologia de Colo) passou por reforma com investimento de R\$ 153.318,79. Ainda na Policlínica Boa Vista aconteceu a reforma do Telhado, caixa d'água e pintura envolvendo um investimento de R\$ 377.775,27. (JOINVILLE, 2016h). Essas obras tiveram recursos da Esfera Federal e Municipal.

Quadro 10- Recursos Federal e Municipal para obras

Obras/ Ampliação/ Reforma	Recurso Federal	Recurso Municipal
UBSF Edla Jordan	R\$ 109.678,08	R\$ 515.387,32
UBSF Morro do Meio	R\$ 400.000,00	R\$ 995.427,43
Pam do Boa Vista	R\$ 469.775,27	R\$ 61.318,79
<b>Total de Recursos</b>	<b>R\$ 979 453,35</b>	<b>R\$ 1.572.133,54</b>

Fonte: (JOINVILLE, 2016i) Prestação de Contas do 3º Quadrimestre 2016(obras)

Verifica-se que a saúde é um universo complexo, da sua organização ao financiamento. Nos quadros acima 10 e 11 constam informações de prestações de contas que são deliberadas pelos Conselhos de saúde conforme consta no quadro 4, do ciclo de planejamento do Conselho de Saúde. Portanto a Educação Permanente é um instrumento que capacitará os Conselheiros a compreenderem como funciona da organização ao financiamento o SUS e dará condições de exercerem seu papel efetivamente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inclusão da comunidade nos processos decisórios é uma conquista que precisa ser fortalecida e realizada com sabedoria. Para que isso aconteça, é necessário mais do que informação, é preciso se apropriar do Conhecimento e torná-lo prática diária.

A Educação Permanente no Controle Social proporciona condições para que pessoas de segmentos diferentes (Usuários, Profissionais da Saúde, Prestadores de Serviço e Gestores) possam dialogar, discutir questões, argumentar e trazer o seu ponto de vista sobre determinado assunto com mais segurança e autonomia. Aproxima os atores do Controle Social por meio do nivelamento de compreensão sobre os temas discutidos e ainda torna democrática a participação entre indivíduos.

Em virtude do que foi mencionado ao longo da pesquisa, as Políticas Públicas de Saúde são realizadas por intermédio do Sistema Único de Saúde de forma descentralizada, dando maior autonomia na elaboração das ações e serviços de saúde, porém seu financiamento provém de recursos da União, Estado e Município conforme estabelecido na Lei nº141 e as pactuações estabelecidas.

O SUS é um sistema completo, da prevenção à reabilitação, contudo torna-se complexo e exige conhecimento na sua execução e fiscalização. Não se acompanha, analisa ou fiscaliza algo que não se conhece. Portanto, considerando todas atribuições concedidas ao Conselho de Saúde, sugere-se a Educação Permanente para uma participação democrática e como fator relevante para tomada de decisão efetiva.

Somente com a participação da sociedade será realizado efetivamente o Controle Social. Para Lombera (2009, p.112) “A participação existe quando existem sociedades vivas, quando há cidadania fortalecida, quando a cidadania ganha a possibilidade efetiva de participar dos diversos âmbitos da vida”. O fortalecimento da cidadania pode ocorrer por meio da educação já na Escola.

A escola como um espaço de relações é ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, à medida que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde. (BRASIL, 2015d, p. 7)

É preciso incutir desde cedo noções de cuidado com a saúde e com os recursos públicos, para formar cidadãos conscientes, visto que ao longo da trajetória

de vida irão se tornar futuros líderes comunitários, conselheiros, servidores públicos, trabalhadores da saúde, enfim, se tornarão mais responsáveis pelo que é público, reafirmando as palavras de Salomón (2009, p. 24) “É a consciência cidadã que motiva a sociedade a mover-se, a assumir o público como seu próprio[...].

A Educação Permanente é um fator relevante para o Controle Social, tanto na instância do Conselho de Saúde, proporcionando a compreensão, diálogo e argumentação entre os conselheiros. Como também na formação de cidadãos que atuarão nas políticas públicas no Brasil.

Como dito anteriormente, por falta de tempo hábil a pesquisa não passou pelo Comitê de Ética e Pesquisa, o que impossibilitou a ida ao campo e a realização de entrevistas para compreender mais a influência da Educação Permanente no Controle Social no Conselho Municipal de Joinville. Sugere-se a continuidade de pesquisas relacionadas ao tema, haja vista, a relevância das atribuições destinadas ao Conselho de Saúde.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Heloisa Helena R. de. Educação permanente no âmbito do controle social no SUS: a experiência de Porto Alegre - RS. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 223-233, mai. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500019&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 27 abril 2017.

ASSIS, Marluce Maria Araújo. **A Municipalização da Saúde: Intenção ou Realidade? Análise de uma experiência concreta**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 1998. 27 p.

BRASIL. **Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937**. Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1937. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1930-1949/L0378.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L0378.htm)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 21 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei n.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. Brasília, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 22 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação de seus princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do controle social: Conselhos de Saúde e financiamento do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003.** Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao\\_333.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf)> Acesso em: 22 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Série E. Legislação de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde SUS /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS, 2007b. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao\\_progestores\\_livro1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro1.pdf)> Acesso em: 24 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas. /** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 1. ed. Brasília: CONASS, 2009a. (CONASS Documenta; 18. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/Conass\\_Documenta/cd\\_18.pdf](http://www.conass.org.br/Conass_Documenta/cd_18.pdf)> Acesso em: 22 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios/** Ministério da Saúde, CONASEMS. 3.ed. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2012a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm)>. Acesso em: 23 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453 de 10 de maio de 2012.** Define funcionamento dos conselhos de saúde. Brasília, 2012b. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html)> Acesso em: 24 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 15ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde.** 2. ed. Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015a. Disponível em:<<http://portal3.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2703845.PDF>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Prêmio Sérgio Arouca: **experiências exitosas em Gestão Participativa no SUS /** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. **Mortalidade: Óbitos por Residência/ Ocorrência.** 2015c Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10sc.def> > Acesso em: 24 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE /** Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d. 68 p

Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_gestor\\_pse.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf)>. Acesso em: 26 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. **Acesso a Informações Financeiras.** S.d. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/informacoes-financeiras/siops>> Acesso em: 24 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. **Acesso a Informações de Saúde Tabnet.** S.d. Disponível em:<<http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/tabnet>> Acesso em: 24 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz.** 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. (Série Articulação Interfederativa; v. 4. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao\\_interfederativa\\_v4\\_manual\\_planejamento\\_atual.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. **Internações Hospitalares do SUS- por local de residência.** 2016b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qjsc.def>> . Acesso em: 24 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. **Internações Hospitalares do SUS- por local de internação.** 2016c. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/qisc.def> >. Acesso em: 24 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. **Produção Ambulatorial do SUS- Por local de Atendimento.** 2016d. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qasc.def> >. Acesso em: 24 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. **Produção Ambulatorial do SUS- Por local de Residência.** 2016e. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sia/cnv/qbsc.def> >. Acesso em: 24 mai. 2017.

CANZONIERI, Ana Maria. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde.** 2<sup>o</sup> ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**. 2°. ed. São Paulo: Hucitec, 1995. 84 p.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al. Controle social no Sistema Único de Saúde: subsídios para construção de competências dos conselheiros de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 853-872, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300009&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 26 abr. 2017.

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. 1121-1138, 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312011000300019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300019&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em 27 abr. 2017.

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 138-151, mai. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500012&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 23 abr. 2017.

CORTELLA, Mario Sergio, Dimenstein, Gilberto. **A Era da Curadoria: O que importa é saber o que importa!** (Educação e formação de pessoas em tempos velozes). Campinas, SP: Papyrus 7 Mares, 2015.

CNS- Conselho Nacional de Saúde. **História do CNS**. Disponível em:<<http://www.conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>> Acesso em: 2 mar. 2017.

DUARTE, Elisfabio Brito; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. O exercício do controle social no âmbito do Conselho Municipal de Saúde de Canindé, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 126-137, Mai. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000500011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500011&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 21 abr. 2017.

FLORIANÓPOLIS. Conselho Estadual de Saúde. **Ata da Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde**. Florianópolis. 8 mar. 2017. Disponível em: <<http://portalses.saude.sc.gov.br>> Acesso em: 26 mai. 2017.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. Ed. São Paulo, Atlas, 2010.

JOINVILLE. **Lei nº 2503 de 22 de setembro de 1991**. Cria o Conselho Municipal de Saúde. Joinville. 22 set. 1991. Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/sc/j/joinville/lei-ordinaria/1991/250/2503/lei-ordinaria-n-2503-1991-cria-o-conselho-municipal-de-saude> > Acesso em: 5 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 5290 de 2 de setembro de 2005**. Disciplina o Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e da outras Providências. Joinville. 2 set. 2005. Disponível em: < <https://leismunicipais.com.br/a1/sc/j/joinville/lei-ordinaria/2005/529/5290/lei-ordinaria-n-5290-2005-disciplina-o-funcionamento-do-conselho-municipal-de-saude-e-da-outras-providencias?q=5.290%2F2005> > Acesso em: 5 mai. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. Resolução 001/2014. **Fluxograma de demandas dos Conselhos Locais de Saúde**. Joinville, 27 jan. 2014a. 2º fl.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. Resolução 028/2014. **Proposta de Alteração de Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde**. Joinville, 18 ago. 2014b.

\_\_\_\_\_. (Prefeitura). Secretária da Saúde. **Cartilha Programa Bata na Porta Certa**. Joinville, abr. 2014c.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da Assembleia Geral Ordinária do Conselho Municipal de Saúde**. Joinville, 07 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da Assembleia extraordinária do Conselho Municipal de Saúde**. Joinville, 04 fev. 2016a.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da Assembleia Geral Ordinária do Conselho Municipal de Saúde**. Joinville, 25 jan. 2016b.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da Assembleia Geral Ordinária do Conselho Municipal de Saúde**. Joinville, 25 abr. 2016c.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da Assembleia Geral Ordinária do Conselho Municipal de Saúde**. Joinville, 29 ago. 2016d.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. **Ata da Assembleia extraordinária do Conselho Municipal de Saúde**. Joinville, 19 jul. 2016e.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. Comissão de Capacitação de Conselheiros de Saúde. **Relatório de Atividades**. Joinville, dez. 2016f.

\_\_\_\_\_. Conselho Municipal de Saúde. Resolução nº 063/2016. **Cronograma de Capacitações do Conselho Municipal de Joinville 2017**. Joinville, 15 dez. 2016g.

\_\_\_\_\_. (Prefeitura). Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão 2016**. Joinville, [s.d], 2016h. Disponível em: < [www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Relatório-de-Gestão-em-Saúde-do-Município-de-Joinville-referente-a-2016.pdf](http://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Relatório-de-Gestão-em-Saúde-do-Município-de-Joinville-referente-a-2016.pdf)> Acesso em: 16 maio 2017.

\_\_\_\_\_. (Prefeitura). Secretaria Municipal de Saúde. **Prestação de Contas do 3º Quadrimestre de 2016**, Joinville, [s.d], 2016i. Disponível em: <[www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Apresentação-de-Prestação-de-Contas-em-Saúde-do-Município-de-Joinville-referente-ao-3º-quadrimestre-de-2016.pdf](http://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Apresentação-de-Prestação-de-Contas-em-Saúde-do-Município-de-Joinville-referente-ao-3º-quadrimestre-de-2016.pdf)> Acesso em: 16 maio 2017.

JURBERG, Claudia; OLIVEIRA, Eloy Macchiute de; OLIVEIRA, Eloiza da Silva Gomes de. Capacitação para quê? O que pensam conselheiros de saúde da região Sudeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4513-4523, nov. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001104513&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104513&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 21 abr. 2017.

KLEBA, Maria Elisabeth. **Descentralização do sistema de Saúde no Brasil: Limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento**. Chapecó: Argus, 2005.

KLEBA, Maria Elisabeth; ZAMPIROM, Keila; COMERLATTO, Dunia. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 556-567, jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000200556&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200556&lng=pt&nrm=iso)> Acesso: 22 abr. 2017.

LISBOA, Edgar Andrade et al. 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, dez. 2016. Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462016000300679&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000300679&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 28 abr. 2017.

LOMBERA, Rocío. **Educação Popular na América Latina: Diálogos e Perspectivas**. Brasília: Ministério da Educação: Unesco, 2009. 119 p.

MARCONI, marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia de trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projetos, relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010a.

MARCONI, marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo. Atlas, 2010b.

MARTINS, Camila Sartori et al. Conhecimento dos usuários, trabalhadores da saúde e gestores sobre conselheiros e Conselhos de Saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 437-445, set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300007&lng=pt&nrm=iso)> Acesso: em 30 abr. 2017.

MATOS, Mariana Correia de. **Análise da percepção dos Conselheiros distritais de saúde a respeito dos processos de Educação Permanente para o Controle Social no SUS**. Rio de Janeiro, ENPS, 2010. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-620507>> Acesso em: 20 abr. 2017.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. **Um Estado para Sociedade Civil: Temas Éticos e Políticos da Gestão Democrática**. 2°. Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

OUVERNEY, Assis Mafort; MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes. Democratização e educação permanente: percepção de egressos do QualiConselhos sobre contribuições aos conselhos de saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. spe, p. 186-200, dez. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000500186&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500186&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em 30 abr. 2017.

Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Inovações na participação em saúde: uma sociedade que constrói o SUS**. Brasília, DF: OPAS, Conselho Nacional de Saúde, 2013.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o Sus**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 27p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Escola de Saúde Pública do Paraná. **Curso de Capacitação para Conselheiros de Saúde do Estado do Paraná**. Curitiba: SESA/CES-PR/ ESPP, 2014.

RIBEIRO, Fernanda de Brito; NASCIMENTO, Maria Ângela Alves do. Exercício de Cidadania nos conselheiros locais de saúde: A (Re) significação do “Ser Sujeito”. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v.35, supl.1, p.151-166 jan/jun. 2011. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35nSupl1/a2306.pdf> > Acesso em: 22 abr. 2017.

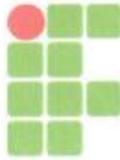
SALOMÓN, Leticia. **Educação Popular na América Latina: Diálogos e Perspectivas**. Brasília: Ministério da Educação: Unesco, 2009. 24 p.

SANTOS, Sílvia França; VARGAS, Andréa Maria Duarte; LUCAS, Simone Dutra. Conselheiros usuários do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo v. 20, n. 2, p. 483-495, jun. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000200019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000200019&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em 26 abril. 2017.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho Científico**. 23.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA E OLIVEIRA, Virgílio César da; PEREIRA, José Roberto; OLIVEIRA, Vânia A. R. de. Os conselhos gestores municipais como instrumentos da democracia deliberativa no Brasil. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 422-437, set. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-39512010000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512010000300004&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 20 abr. 2017.

TRAVIA, Raphael Henrique. **Análise Institucional dos Conselhos de Saúde de Joinville- SC**. 2013. 53 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Instituto Federal de Educação e Tecnologia de Santa Catarina, Joinville, 2013.

**APÊNDICE:****APÊNDICE A- Autorização para a realização da pesquisa**

INSTITUTO FEDERAL  
SANTA CATARINA

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE  
SANTA CATARINA. CAMPUS JOINVILLE

**Solicitação de autorização para realização de pesquisa**

Por meio do presente instrumento, Solicitamos ao Conselho Municipal de Saúde de Joinville, autorização para realização da pesquisa integrante do Trabalho de Conclusão de Curso da acadêmica Cristiani Martins Voss, orientada pela prof<sup>a</sup> Marcia Beth Kohls, tendo como título preliminar \_\_\_\_\_ a coleta de dados será feita por meio de documentos como: Atas, Relatórios e planilhas.

A presente atividade é requisito para a conclusão do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Instituto Federal de Santa Catarina- Campus Joinville. Igualmente, assumimos o compromisso de utilizar os dados obtidos somente para fins científicos, bem como de disponibilizar os resultados obtidos na pesquisa, juntamente com o Trabalho de Conclusão de Curso, a esta Instituição.

Joinville, 29 de maio de 2017.

Cristiani Martins Voss  
Acadêmica

Marcia Beth Kohls  
Orientadora

Conselho Municipal de Saúde  
Presidente Orlando Jacob Schneider

**ANEXO:**

ANEXO A- Edital de Convocação para 276ª Assembleia Geral Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de Joinville




---

**EDITAL DE CONVOCAÇÃO**

**CCLXXVI 276ª ASSEMBLEIA GERAL ORDINÁRIA DO  
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOINVILLE**

**Data : 29.05.2017**

**Início : 18h30**

**Término : 20h30**

**Local: Plenarinho da Câmara de Vereadores – Rua  
Hermann August Lepper, 1.100 - Saguacú**

**PAUTA**

**1 - EXPEDIENTES:**

- 1.1 Apresentação e aprovação da pauta do dia – 5’;
- 1.2 Comunicados e Informes da Secretaria-Executiva – 5’;

**2 - ORDEM DO DIA:**

- 2.1 Informe sobre a Dengue/Influenza - Nicoli Janaína dos Anjos/Aline Costa da Silva – 5’;
- 2.2 Apresentação da prestação de contas da Secretaria Municipal de Saúde referente ao 1º quadrimestre de 2017 e Programação Anual de Saúde 2018 – Secretaria Municipal de Saúde – 60’.