

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Formação de Conselheiros Nacionais
Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais

CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE:
Características e atuação

Suzana Kroehling Rodrigues Ferreira

BELO HORIZONTE

2010



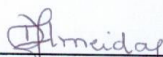
Universidade Federal de Minas Gerais
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA

Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais
Av. Antônio Carlos, 6627 – Caixa Postal 253 - Cidade Universitária - Pampulha
31270-901 - Belo Horizonte – MG / e-mail: adm_edist_@fafich.ufmg.br
TEL (31) 3499-5004

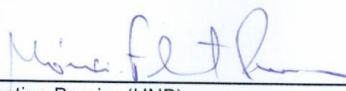
ATA DE APRESENTAÇÃO DE MONOGRAFIA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DEMOCRACIA PARTICIPATIVA, REPÚBLICA E MOVIMENTOS SOCIAIS

Aos 28 (vinte e oito) dias do mês de abril de 2010 (dois mil e dez), na Escola Nacional de Administração Pública (ENAP) – Brasília/DF reuniu-se a Comissão Avaliadora da monografia intitulada “**Conselheiros municipais de saúde: Características e atuação**”, elaborada por **Suzana Kroehling Rodrigues Ferreira**. A Comissão, composta por Débora Cristina Rezende de Almeida (UFMG) e Márcio Florentino Pereira (UNB), após apresentação da monografia, deliberou pela sua aprovação, o que confere ao aluno o título de Especialista em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais. Para constar, foi lavrada a presente ata, assinada pelos membros presentes.

Brasília, 28 de abril de 2010.



Débora Cristina Rezende de Almeida (UFMG)



Márcio Florentino Pereira (UNB)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a:
todos conselheiros
que com muito dedicação
realizam esse trabalho voluntário,
de grande valia para efetivarmos
a tão sonhada democracia.

AGRADECIMENTOS

Foram muitos, os que me ajudaram a concluir este trabalho.

Meus sinceros agradecimentos...

...a Deus, por tantas bênçãos.

...aos meus pais, que sempre me apoiaram.

...ao meu esposo, Manoel, meus filhos, Aline, Arthur e Letícia,
pelo apoio e compreensão quando da minha ausência,
nas horas dedicadas a elaboração desse trabalho.

...ao meu irmão, Luiz Henrique, que muito me ajudou.

...aos colegas da Controladoria-Geral da União no Estado de Minas Gerais,
pela colaboração, sem os quais não teria conseguido realizar esse trabalho.

RESUMO

Este trabalho foi desenvolvido com base em resultado de pesquisa em municípios mineiros, com menos de 20 mil habitantes, que foram sorteados pelo “Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos” da Controladoria-Geral da União (CGU), no segundo semestre de 2009. Foi aplicado um questionário a 98 Conselheiros Municipais de Saúde distribuídos em 10 municípios mineiros. O questionário indagou sobre características sócio-econômicas dos conselheiros; segmentos que representam dentro do conselho; forma de sua eleição; participação em outros conselhos e em partidos políticos; forma de sua atuação e sobre capacitação como conselheiro. Foi feita comparação dos resultados encontrados com os de pesquisas realizadas em grandes metrópoles do Brasil, sendo observadas algumas semelhanças e algumas diferenças.

Palavras-chave: Conselho Municipal de Saúde. Democracia Participativa. Cidadania.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS.....	29
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – SEGMENTOS REPRESENTADOS.....	30
GRÁFICO 2 – IDADE DOS CONSELHEIROS.....	31
GRÁFICO 3 – ESCOLARIDADE POR SEXO.....	31
GRÁFICO 4 – ESCOLARIDADE POR SEGMENTO.....	32
GRÁFICO 5 – RENDA DE ACORDO COM ESCOLARIDADE.....	32
GRÁFICO 6 – RENDA DE ACORDO COM SEGMENTO REPRESENTADO.....	33
GRÁFICO 7 – MANDATO DE CONSELHEIRO DE SAÚDE.....	35
GRÁFICO 8 – PARTICIPAÇÃO EM OUTROS CONSELHOS.....	35
GRÁFICO 9 – PARTICIPAÇÃO DAS REUNIÕES.....	36
GRÁFICO 10 – CAPACITAÇÃO.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS

AFC - Analista de Finanças e Controle

CGU - Controladoria-Geral da União

CIMS - Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde

CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CIS - Comissão Interinstitucional de Saúde

CLIS - Comissão Local Interinstitucional de Saúde.

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CRIS - Comissão Regional Interinstitucional de Saúde

DEM - Democratas

IDH-M - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

p.- página

PMDB - Partido do Movimento Democrático Brasileiro

PSDB - Partido da Social Democracia Brasileira

PT - Partido dos Trabalhadores

PTB - Partido Trabalhista Brasileiro

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO 1 – DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR: OS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	10
1.1 As concepções teóricas que tratam da participação popular em contextos democráticos.....	10
1.2 Participação popular e exercício da cidadania.....	13
1.3 A história da participação da sociedade civil nas políticas de saúde no Brasil.....	16
CAPÍTULO 2 – O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NO BRASIL ATUAL.....	19
2.1 Características dos conselheiros e de sua atuação nos conselhos de políticas públicas.....	19
2.2 Conselho Municipal de Saúde – definição e principais funções.....	23
CAPÍTULO 3 – OS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE PEQUENOS MUNICÍPIOS MINEIROS E SUA ATUAÇÃO.....	27
3.1 A metodologia utilizada para se retratar os conselheiros de saúde de pequenos municípios mineiros.....	27
3.2 A formação dos conselhos municipais de saúde.	29
3.3 A atuação dos conselheiros municipais de saúde.....	34
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	40
ANEXO I – MODELO DO QUESTIONÁRIO APLICADO.....	43

INTRODUÇÃO

Há mais de duas décadas iniciamos o processo de redemocratização política no Brasil, conseqüência do esgotamento do modelo de Estado Burocrático Autoritário e das pressões advindas da sociedade civil brasileira, através dos emergentes movimentos sociais. Após o final da ditadura militar, o processo democrático é retomado, provocando profundas mudanças na sociedade brasileira. A sociedade assistiu a uma “explosão de experiências” organizacionais que resultou na ampliação dos espaços de participação política na esfera social e no âmbito do próprio Estado, principalmente com a “Constituição Cidadã”, como foi chamada a Constituição Federal de 1988. A sociedade brasileira passou a acompanhar, de forma mais direta, os tortuosos caminhos percorridos na luta pelo processo de consolidação democrática.

Neste contexto surgiram os Conselhos Gestores de Políticas Públicas, órgãos de caráter deliberativo, competentes para planejar, supervisionar e monitorar a implementação de políticas governamentais, com participação paritária da sociedade civil e do Estado. Eles expressavam um efetivo alargamento do espaço público e uma exigência democrática de se buscar maior “nitidez e transparência nas relações entre o setor público e o setor privado das organizações em redes associativas e outras formas de representação” (Gohn 1998:12). Eles representavam uma tentativa de constituir “novos espaços públicos não estatais” para discutir idéias e elaborar proposições políticas, estabelecendo prioridades para ações do governo.

Houve a partir da década de 90 uma grande produção teórica sobre a efetividade democrática dos Conselhos de Políticas Públicas, como diz Cláudia Feres Faria:

Variáveis como perfil associativo dos municípios (BAIERLE, 1992; AVRITZER, 2002), tipo de política pública envolvida (LUCHMANN, 2005), vontade e/ou envolvimento político do gestor (ABERS, 1998; FARIA, 2005), capacidade financeira do município (SILVA, 2003; PIRES, 2003), bem como o formato institucional que tais inovações assumem (LUCHMANN, 2002; FUNG, 2004) passaram a ser investigadas com o objetivo de aferir como elas determinam e impulsionam a efetividade democrática destas novas instituições. Efetividade democrática aqui entendida como a capacidade das mesmas em incluir novas e diferentes vozes no processo de implementação, gestão e controle das políticas e de expandir, de forma igualitária, o acesso aos bens públicos nelas envolvidos.(FARIA, 2007, p.1)

O problema proposto nessa pesquisa busca acrescentar, aos estudos já realizados, uma idéia da composição dos Conselhos Municipais de Saúde em pequenos municípios de Minas

Gerais e de sua atuação.

O trabalho inicia-se com a apresentação das correntes hegemônica e não hegemônica da democracia e a construção da cidadania, para em seguida apresentar um relato histórico da participação da sociedade civil nas políticas de saúde no Brasil. O segundo capítulo apresenta estudos já realizados sobre as características e atuação dos conselheiros e como deve ser a formatação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) segundo a legislação atual. Em seguida, apresenta-se a forma de estudo para se tentar caracterizar os atuais conselheiros municipais de saúde de municípios de pequeno porte e se suas atuações estão correspondendo às suas competências legais. Os resultados encontrados se assemelham em alguns aspectos a pesquisas já realizadas em grandes metrópoles, como as de: Chaia e Tótora (2004), Santos Junior, Ribeiro e Azevedo (2004), Baptista, Machado e Kornin (2004), Abranches e Azevedo (2004) e Lima e Bitoun (2004), como por exemplo, nas características dos conselheiros como cidadãos de bom nível de escolaridade e participativos nas políticas de saúde. Divergem, porém, em outros aspectos, como por exemplo, no nível de renda e capacitação dos conselheiros. Observou-se que o poder público municipal tem grande influência na escolha dos conselheiros, e esses têm suas decisões acatadas pelo executivo. Os conselheiros entrevistados são na maioria novatos nesse papel e participam de mais de um conselho.

CAPÍTULO 1 – DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR: OS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A inserção dos conselhos de políticas públicas no cenário político envolve uma série de características acerca das reais possibilidades dessas instâncias se constituírem como instrumentos de democracia participativa, capazes de representar os interesses coletivos e de interferir positivamente na ação estatal.

Neste capítulo são apresentadas concepções antagônicas acerca do papel da participação popular em contextos democráticos e a forma da construção da cidadania no Brasil, com um breve relato histórico da participação da sociedade nas políticas públicas de saúde.

1.1 As concepções teóricas que tratam da participação popular em contextos democráticos

A participação popular em contextos democráticos pode ser resumida em duas correntes distintas: uma concepção que se tornou hegemônica após a Segunda Guerra Mundial e que defende uma excessiva importância ao papel dos mecanismos de representação, em detrimento de outras formas de participação; e outra vertente, não hegemônica, que valoriza a integração do cidadão e concebe a democracia como “uma gramática de organização da sociedade e da relação entre o Estado e a sociedade.” (AVRITZER E SANTOS, 2003, p. 50-51).

A concepção hegemônica da democracia tem como principal expoente Joseph Schumpeter. Segundo a teoria schumpeteriana (*apud* AVRITZER E SANTOS, 2003), o cidadão comum é incapaz ou não tem interesse político em participar do processo decisório e, por isso, escolhe líderes aos quais cabe tomar as decisões. Para Schumpeter (*apud* UGARTE, 2004, p. 97), os eleitores devem “compreender que, uma vez que elegeram alguém, a ação política já não é coisa deles, mas sim deste último”. Em outras palavras, a participação popular nas democracias deveria se resumir nos processos eletivos e o poder decisório deveria estar restrito a uma minoria, uma elite escolhida pelo restante da população. Ugarte (2004, p. 97-98) ressalta que a teoria elitista schumpeteriana influenciou a escola do *public choice*, para

a qual “a qualidade democrática de uma sociedade não se encontra determinada pelo grau de participação cidadã”, pois “o que importa é que a maioria dos que efetivamente participam, a partir de seus interesses egoístas e de seus poderes reais, determine quem deve decidir por todos”.

Enquanto a concepção hegemônica apresenta uma visão cética acerca da participação popular em contextos democráticos, a concepção não hegemônica fundamenta-se na teoria da democracia participativa. Esse modelo valoriza a ampliação do espaço decisório, pois considera essencial a integração do cidadão nesse processo. A democracia participativa favorece a abertura da participação aos cidadãos e a politização dos espaços sociais mais próximos dele. Essa concepção baseia-se, além de outros renomados autores, nos postulados de Habermas, para quem a participação popular no processo decisório é o elemento essencial da democracia. Habermas concebeu um clássico conceito para a “esfera pública”, caracterizada por ser um espaço deliberativo onde os indivíduos podem questionar publicamente sobre assuntos de interesse coletivo e que “pode ser descrita como uma rede adequada para comunicação de conteúdos, tomadas de posição e opiniões” (HABERMAS, 1997, p. 92). Avritzer (*apud* LUCHMANN, 2002) destaca que o conceito de esfera pública está relacionado com a idéia de um espaço de participação igualitária entre os indivíduos, distinto do Estado que permite a incorporação de questões coletivas até então limitadas ao universo privado.

Avritzer e Costa (2004) destacam que por meio do conceito de esfera pública foi possível identificar um espaço para a interação legal de grupos, associações e movimentos. Esse espaço abriu um novo caminho dentro da teoria democrática, mais além do debate entre os elitistas e os democratas participativos. De forma similar, Gohn (2004) destaca que na esfera pública, além da possibilidade de controle das ações do Estado, grupos organizados da sociedade podem interagir e discutir sobre temas de interesse coletivo até então tratados na esfera privada. Segundo a autora, a “esfera pública é o lócus do processo de publicização e, portanto, parte integrante do processo de democratização, por meio do fortalecimento da sociedade civil e da sociedade política.” (GOHN, 2004, p. 74)

Há de se destacar, no entanto, a importância de um veículo capaz de canalizar para a esfera pública as demandas da população. Nesse sentido, Habermas (1997, p. 99) enfatiza que a sociedade civil desempenha papel fundamental nos contextos democráticos, pois a ela cabe o papel de captar, condensar e transmitir para a esfera pública a essência “dos problemas sociais que ressoam nas esferas privadas”. De acordo com Luchmann, para Habermas:

a sociedade civil é apontada como um setor relevante na construção da esfera pública democrática, na medida em que está ancorada no mundo da vida, e portanto, apresenta maior proximidade com os problemas e demandas do cidadão comum, ao mesmo tempo que um menor grau de contaminação pela lógica instrumental. (LUCHMANN, 2002, p. 5)

Para Gohn (2004, p. 78), a esfera pública é um espaço de explicitação de interesses, onde cidadãos organizados podem, também, exercer “fiscalização e vigilância sobre os poderes públicos constituídos por meio de eleições, concursos ou critérios consuetudinários”. Segundo a autora:

A temática da esfera pública auxilia-nos a entender a importância da sociedade civil organizada, pois ela é um dos atores fundamentais no município, na escala do poder local. A esfera pública adentra os espaços públicos, dialogando com os grupos organizados destes e realizando parcerias em ações conjuntas com o mesmo. (GOHN, 2004, p. 78)

Os conselhos de políticas públicas, cujos atores e desempenho são tema central deste trabalho, podem ser considerados uma das expressões da esfera pública, na medida em que são organizações capazes de captar anseios oriundos da sociedade, formatá-los como demandas sociais e conduzi-los até o âmbito do sistema administrativo (BRONZO, COSTA E FARIA, 2000). Ressalta-se que os conselhos gestores vão além da esfera pública habermasiana, por que além de influenciar e opinar, eles também produzem decisões. Mais do que conduzir as demandas da esfera pública ao sistema administrativo, os conselhos são estruturas híbridas que integram Estado e sociedade (AVRITZER, 2006).

O potencial dos conselhos, enquanto instrumentos de democracia participativa, depende do esforço da sociedade em participar de forma coletiva desses espaços, o que em função de uma série de fatores decorrentes dos padrões sociais e culturais de cada sociedade, pode não ocorrer de maneira natural e automática. Assim o histórico déficit de exercício pleno da cidadania, caracterizado por baixíssimos graus de participação popular, e os enormes níveis de desigualdade e de exclusão social da população podem comprometer o desempenho destes espaços e colocar em dúvida a sua real capacidade de produzir ações capazes de gerar reflexos na qualidade da gestão das políticas públicas.

1.2 Participação popular e exercício da cidadania

A ausência de uma cultura mais contundente de participação da população brasileira na gestão dos negócios públicos pode ser explicada pelo peculiar caminho percorrido para a construção da cidadania no país.

Conforme a concepção desenvolvida por T. H. Marshall (1967), haveria uma distinção entre as dimensões civil, política e social da cidadania. Assim, enquanto a cidadania civil compreenderia aspectos como a conquista da liberdade pessoal e o direito à propriedade, a cidadania política representaria o direito a voto e ao acesso aos cargos públicos e a cidadania social estaria relacionada com o direito a participar na herança social e a ter acesso à vida de forma civilizada. Marshall defendia também que deveria existir uma interdependência entre essas dimensões, com uma sucessão lógica de desenvolvimento de cada uma. Assim, com base no que ocorreu na Grã-Bretanha até a primeira metade do século XX, Marshall observou que inicialmente foram desenvolvidos os direitos civis (século XVIII), depois os direitos políticos (século XIX) e, apenas no século XX, houve a conquista dos direitos sociais. Segundo ele, essa seria uma seqüência lógica, haja vista que o exercício dos direitos e liberdades civis permitiria o exercício dos direitos políticos, os quais possibilitariam conquistar os direitos sociais.

No Brasil, assim como ocorreu em outros países – a exemplo da França, da Alemanha e dos Estados Unidos – a construção da cidadania não seguiu o modelo de Marshall. Aqui, houve uma alteração da seqüência lógica defendida por aquele autor, na medida em que os direitos sociais, além de terem recebido maior ênfase, precederam os direitos civis e políticos. Conforme apontado por Carvalho (2001), no Brasil ocorreu a inversão da pirâmide proposta por Marshall, haja vista que primeiro vieram os direitos sociais, implantados em período de supressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis, depois foram conquistados os direitos políticos, e, hoje, muitos direitos civis ainda continuam inacessíveis à maioria da população.

Como exemplo desse processo, merece destaque o fenômeno ocorrido no regime militar – caracterizado por inovações na legislação social e pela supressão de direitos políticos e civis – e o período compreendido, principalmente, entre 1930 e 1945, no qual, conforme salienta Santos (1979), houve uma associação entre a cidadania e a ocupação dos cidadãos, caracterizando o que ele denominou “cidadania regulada”. Nesse modelo, as raízes da cidadania não se encontravam em um código de valores políticos, mas em um sistema de

estratificação ocupacional definido por norma legal. A extensão da cidadania era efetivada por meio da regulamentação de novas profissões ou ocupações ou pela ampliação do escopo de direitos associados às profissões, sendo considerados pré-cidadãos todos aqueles cuja ocupação não estivesse prevista em lei. De acordo com o autor, esse modelo contribuiu para que se formassem, posteriormente, os conceitos de marginalidade e mercado informal de trabalho, haja vista que estas últimas categorias não estavam restritas aos desempregados, subempregados ou empregados instáveis, mas incluíam também os trabalhadores que atuavam em ocupações não previstas em lei.

As políticas sociais ficavam restritas a determinados grupos privilegiados e os seus benefícios não eram tratados como direitos universais, mas como fruto de negociação de cada categoria com o governo. Isso gerou uma enorme gama de excluídos, fator que repercutiu de forma efetiva na estrutura social brasileira. Muitas gerações não tiveram acesso aos mais básicos mecanismos de desenvolvimento pessoal e de inserção na sociedade e aos sistemas de proteção social desenvolvidos ao longo do tempo no país.

A trajetória da cidadania no Brasil, portanto, ocorreu em períodos de quase nenhuma participação política e de precariedade dos direitos civis, o que comprometeu parte da sua contribuição para a construção de uma cidadania ativa. “Nessa conjuntura, grande parte dos progressos efetivados na legislação social no Brasil coincidiu com governos autoritários e procurou obter a aquiescência política do operariado industrial, em troca do reconhecimento de alguns direitos civis” (SANTOS, 1979).

O caso brasileiro é peculiar, pois, conforme argumenta Santos (1993), as políticas sociais foram utilizadas para construção da ordem nacional. Ao contrário da Grã-Bretanha, onde houve uma institucionalização das regras do jogo político antes da participação social, as políticas sociais, no Brasil, foram utilizadas para abrandar a relação entre governos e sociedade, que acabava por não utilizar, de forma efetiva, as estruturas partidárias e institucionais para conduzirem suas demandas e reivindicações.

Todavia, a partir de meados da década de 1980, período em que ocorreu um restabelecimento da ordem democrática no Brasil, aumentaram as percepções que enfatizavam não apenas a ampliação da noção de democracia, mas também a necessidade de aprofundamento do controle do Estado por parte da sociedade. Isso fez com que o ambiente político estivesse propício ao desenvolvimento de uma série de mecanismos que permitissem a participação dos cidadãos no controle e na gestão das políticas públicas, a exemplo da institucionalização dos conselhos de políticas públicas.

A promulgação da Constituição de 1988 – que recebeu o título de “Constituição

Cidadã” – foi um marco na construção de uma nova concepção de cidadania no Brasil. O texto constitucional ampliou o universo dos direitos políticos (possibilidade de voto aos analfabetos, aos maiores de 16 anos, etc.), criou instrumentos de garantia do exercício dos direitos civis e estabeleceu inovações no campo dos direitos sociais, assegurando a participação popular na gestão das políticas de saúde, previdência e assistência social.

A partir de então, conforme destaca Dagnino (2002), começaram a emergir experiências de construção de espaços públicos, tanto para o debate de temas de interesse da sociedade, como para a ampliação e a democratização da gestão estatal, o que culminou em uma implementação, notadamente ao longo da década de 1990, de um vasto número de conselhos de políticas públicas, muitos deles no âmbito dos municípios.

Conforme salienta Raichelis:

No processo mobilizador que culmina com a Constituição de 1988, o tema participação da sociedade na coisa pública ganha novos contornos e dimensões. Trata-se de uma tendência que vem se contrapor à forma centralizada e autoritária que prevalecera por mais de duas décadas na estrutura política brasileira. A partir deste marco, temas como descentralização e reordenamento institucional seriam recorrentes, no sentido da revalorização da participação popular e do poder local (RAICHELIS, 2005, p.77)

A descentralização iniciada na década de 80 facilitou a abertura de canais de participação, mas descentralização não quer dizer participação e há um limite à efetivação da democracia à medida que essa depende da instauração de instituições que viabilizem a propagação dos ideais democráticos de forma concreta e não apenas de sua realização no aspecto formal.

A recomposição do elo entre Estado e setores populares via descentralização é marcada por controvérsias entre um projeto participatório pela cidadania e democratização e um projeto de Estado mínimo em relação à garantia dos direitos, situação a qual Dagnino (2002, p. 288, grifos da autora) denomina de “confluência perversa”. Alguns autores tratam desta controvérsia, mostrando que a descentralização, por um lado, atendia à demanda da sociedade para entrar no aparelho do Estado e direcioná-lo e, por outro, respondia à crise fiscal e à necessidade de racionalizar os gastos e compartilhá-los com as esferas subnacionais. Adicionado a isto, existiam as pressões externas por reformas institucionais, inclusão de novos atores e reformulações organizacionais.

1.3 A história da participação da sociedade civil nas políticas de saúde no Brasil.

As primeiras instituições de participação da sociedade civil, no Brasil, foram na área previdenciária. A previdência social oferecia benefícios e serviços aos trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, que pagavam contribuições. Entre esses serviços estava a assistência ambulatorial e hospitalar individual. Com o movimento sindical fortalecido, devido a democratização política e o crescimento econômico, os sindicalistas passaram a influenciar na escolha dos dirigentes dos institutos e, principalmente, na indicação dos representantes dos empregados que deveriam tomar parte nas instâncias colegiadas dos institutos previdenciários.

Mas, durante o regime militar, de 1964 a 1985, houve a supressão de qualquer tipo de participação de representantes de trabalhadores contribuintes em órgãos decisórios ou consultivos da previdência social.

Entretanto, a partir de 1974, o governo passa a demonstrar maior preocupação com a promoção de políticas que expandissem a provisão de ações e serviços de saúde, levando esses àquela parcela da população excluída do acesso a serviços de saúde previdenciários. Além da diminuição do ritmo do crescimento econômico, do chamado "milagre econômico brasileiro", o regime militar começou a ter suas bases sociais de apoio enfraquecidas. Nessa época, pela primeira vez, passa-se a se discutir, a nível nacional, uma proposta que incorporava a noção de participação comunitária no setor.

No final da década de setenta, ainda existiram iniciativas de envolver os usuários em decisões tomadas nos serviços municipais de saúde de municípios de pequeno e médio porte, geralmente governados por opositores do regime militar. Muitos profissionais de saúde participaram intensamente dessas experiências.

O sistema brasileiro de saúde era dividido em saúde previdenciária e saúde pública, setores distintos sem integração de planejamento e de ações. A democratização política, o fortalecimento dos níveis subnacionais de governo (SOUZA, 1994, p.588-589) e as recomendações das agências internacionais, motivaram a implementação de políticas e a constituição de regramento legal que vieram universalizar o acesso, integrar e descentralizar o sistema público de saúde brasileiro. Segundo Soraya Maria Vargas Cortes:

Para os que defendiam a redução do tamanho do estado e da proporção de gastos com proteção social pública, o objetivo principal era o corte de custos. Em contraste, aqueles que defendiam a democratização do acesso a serviços e a ampliação do

controle estatal sobre os serviços financiados com recursos públicos, ressaltavam a importância de estimular a participação dos usuários. (CÔRTEZ, 2002, p.7)

A reforma do sistema de saúde brasileiro teve como base dois programas do governo federal e um conjunto de provisões legais, a saber:

a) o Programa das Ações Integradas de Saúde, de 1984, que estabelecia que a previdência social transferiria recursos financeiros para governos estaduais e municipais para melhorar a rede de serviços espalhada nos três níveis de governo. Para facilitar a integração das ações dos provedores públicos de serviços, foram criadas comissões interinstitucionais nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local da administração pública. Essas comissões foram denominadas, respectivamente, Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS), Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS), Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS). As três primeiras comissões eram compostas por representantes dos prestadores de serviços e do governo, e as duas últimas previam o envolvimento de entidades comunitárias, sindicais, gremiais, representativas da população local (Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social e outros, 1984, p.8). As comissões foram se tornando importantes fóruns de debate no setor;

b) o Programa dos Sistemas Unificados Descentralizados de Saúde, de 1987, com objetivo de unificar os serviços de saúde dos subsetores previdenciário e de saúde pública, universalizando o acesso a cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, racionalizando custos e o uso de recursos. A proposta era de integração dos serviços de saúde da previdência à rede descentralizada de unidades hospitalares e, principalmente, ambulatoriais do subsetor de saúde pública, pertencentes aos governos estaduais e municipais. O programa abriu as comissões interinstitucionais estaduais de saúde à participação popular e reforçou o papel de representantes da sociedade civil nas comissões municipais e locais. O Programa habilitou as comissões municipais a tomar parte nas decisões sobre serviços contratados, uma vez que houvesse ocorrido a municipalização;

c) a Constituição Federal do Brasil, de 1988 (Brasil, 1988), e a Lei 8.080, de 1990 (Brasil. Congresso, 1990), criadas a partir da aliança da *policy community* de reformadores do sistema brasileiro de saúde com organizações que representavam os interesses dos usuários. Ficou determinado que o sistema de saúde deveria ser universal e único, financiado com recursos da, então criada, seguridade social e dos orçamentos federal, estaduais e municipais. Os municípios ficaram com a maior parte da provisão direta e da regulação dos serviços financiados com recursos públicos, enquanto que a União e os Estados

assumiram a responsabilidade pelo monitoramento e avaliação do sistema e pela provisão de serviços de maior complexidade que se constituíssem em referência para populações de mais de um município. Segundo Soraya Maria Vargas Cortes:

Embora por lei a atenção à saúde tenha se tornado obrigação municipal, até meados da década de noventa, particularmente nas cidades de grande porte, a municipalização dependeu do sucesso de negociações complexas, muitas vezes conflituosas, entre autoridades de saúde municipais e estaduais. (CÔRTEZ, 2002, p.8)

Nesses regimentos foi estabelecida a criação dos conselhos e conferências de saúde com participação da sociedade civil;

d) a Lei 8.142, de 1990, deu novas características aos conselhos e conferências de saúde, nos três níveis da administração pública. As conferências devem ter a mesma composição dos conselhos e ocorrer a cada quatro anos. Elas devem avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Uma das conferências que ficou marcada na história política de saúde foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde que teve marcante participação popular, possivelmente por ter sido realizada em 1986, no contexto da democratização política, dos conflitos e negociações que precederam o processo constitucional e de intensa discussão sobre os rumos da reforma do sistema de saúde.

Os conselhos foram inseridos no ambiente político nacional com o intuito de se tornarem instrumentos de democracia participativa, constituindo-se como espaços complementares aos mecanismos de representação, capazes de permitir o controle social no período entre eleições e de contribuir para o aprimoramento do desempenho governamental na gestão de políticas públicas. Todavia, conforme asseverado por Ugarte (2004), para que a participação popular nas sociedades possa ser qualificada como democrática deve ser garantido para a população um padrão mínimo de condições que permitam a participação livre de todos os cidadãos, ou seja, que todos possam ter, além do pleno exercício dos direitos políticos e dos direitos de liberdade fundamentais, direitos sociais, a exemplo do direito à educação e do direito à subsistência.

CAPÍTULO 2 – O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE NO BRASIL ATUAL.

Os movimentos populares em saúde desapareceram da cena social e política, mas os Conselhos Municipais de Saúde permaneceram e a representação da sociedade organizada manteve assento neles e, por meio deles, lugar na implementação das políticas de saúde. Neste capítulo são apresentados estudos acerca das características dos atuais conselheiros e como vem se dando sua atuação, e ainda a previsão legal de como deve ser o conselho municipal de saúde.

2.1 Características dos conselheiros e de sua atuação nos conselhos de políticas públicas

Fatores de ordem cultural e determinadas características sócio-econômicas presentes na sociedade local podem determinar se a atuação dos conselheiros, no desempenho de suas funções, é adequada, sendo estes capazes de exercer influência sobre os rumos das políticas públicas.

Alguns estudos, como: de Chaia e Tótorá (2004) sobre os conselhos municipais da região metropolitana de São Paulo; de Santos Junior, Ribeiro e Azevedo (2004) sobre os conselhos municipais das regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Recife e Belém; de Baptista, Machado e Kornin (2004) sobre os conselhos municipais da região metropolitana de Curitiba, demonstraram que a maioria dos conselheiros brasileiros possui alta escolaridade, está inserida no mercado formal de trabalho e apresenta renda acima da média da população em geral.

Cunha (2006) observa que os níveis de renda, escolaridade e associativismo dos conselheiros municipais brasileiros estão acima da média da população do país. A autora sugere que uma possível explicação para este fenômeno pode estar nos melhores níveis de renda e de escolaridade que os representantes do governo que compõem os conselhos apresenta em relação à média da população. Tal hipótese é corroborada pelos estudos de Coelho (2004), que, ao estudar o perfil dos conselheiros municipais e das subprefeituras da cidade de São Paulo, constatou que os representantes da sociedade civil possuíam níveis de renda e escolaridade significativamente mais baixos do que os apresentados pelos representantes do Poder Público.

Da mesma forma, Baptista, Machado e Kornin (2004) demonstraram em suas pesquisas, a ocorrência de maiores níveis de escolaridade e renda entre os conselheiros representantes do poder público. Essas autoras sugerem, ainda, que os conselhos apresentam a seguinte propriedade:

Outra leitura possível, referente à questão da pluralidade social, passível de realizar observando os dados acerca da escolaridade e condições de ocupação dos conselheiros, é a constatação de que, dentre os conselhos pesquisados, trata-se de uma arena em que participam os segmentos sociais que ocupam uma posição privilegiada na sociedade, ou seja, possuem, na maioria, média e alta escolaridade e emprego. Essas características alertam para a resistência dos quadros políticos e técnicos com relação à participação ampliada de atores sociais de diversos tipos em processo de tomada de decisão, principalmente de segmentos historicamente excluídos – os que não têm acesso a educação, saúde, emprego etc. (BAPTISTA, MACHADO E KORNIN, 2004, p. 243).

Conforme bem salientado por Lima e Bitoun (2004), o associativismo soma-se aos recursos individuais de ordem educacional e financeira, pois conforme salienta Baquero:

As pessoas que se sentem material e simbolicamente excluídas do sistema vigente dificilmente poderiam desenvolver normas e valores de apoio à democracia. Pelo contrário, a evidência parece mostrar que em tal cenário as predisposições são marcadamente negativas e constituem um fator de sua deterioração. (BAQUERO, *apud* LIMA E BITOUN, 2004, p. 116).

As atribuições legais definidas para os conselhos de políticas públicas e a complexidade da legislação afeta aos programas de governo implicam, por exemplo, que os conselheiros disponham de níveis mínimos de escolaridade, ou, pelo menos, de certo grau de discernimento, para que possam compreender satisfatoriamente os temas técnicos que envolvem a matéria e conhecer todas as dimensões envolvidas nos assuntos a serem deliberados.

Além disso, as inúmeras atribuições firmadas para os conselhos também tornam indispensável que o conselheiro disponha de tempo suficiente para dedicar-se aos assuntos relacionados com a sua atividade nessas instâncias. Com efeito, a parcela da população com maiores níveis de renda poderia, em tese, apresentar maiores condições para participar de forma voluntária, haja vista a maior possibilidade de abdicar do tempo destinado ao trabalho para dedicar-se às atividades desempenhadas pelo conselho.

As conclusões de Baptista, Machado e Kornin (2004) sugerem, de forma geral, a existência de fortes vínculos dos conselheiros municipais de políticas públicas com as respectivas prefeituras. Elas demonstraram a ocorrência de um vasto número de pessoas que

ocupam cargos comissionados atuando como conselheiros. As pesquisadoras concluem que essa situação:

evidencia a existência de um forte vínculo do conselheiro com a prefeitura e, até certo ponto, uma centralização de poder, à medida que os cargos em questão são caracterizados como sendo de confiança do prefeito. E mais, pode caracterizar uma estratégia de cooptação das lideranças, por meio da qual o poder público oferece cargos em comissão junto ao Poder Executivo para alguns conselheiros não-governamentais como forma de interferir no processo de decisão política e controle do poder (BAPTISTA, MACHADO E KORNIN, 2004, p. 233).

Na mesma pesquisa, também se identificou que os governos municipais não se limitam a designar seus representantes nos conselhos, mas interferem, inclusive, na escolha dos próprios representantes da sociedade civil. Segundo as autoras, “essa condução autoritária, sem dúvida, impede a efetivação do controle social, uma vez que o conselheiro tende a gravitar mais em torno do espaço do poder municipal, desvinculando-se de sua base” (BAPTISTA, MACHADO E KORNIN, 2004, p. 233).

Esse mesmo fenômeno foi também observado por Abranches e Azevedo (2004). Segundo os autores, “isso pode significar a grande intervenção do poder público na formatação dos conselhos municipais, e que pode prejudicar a característica democrática desse instrumento, considerando que representantes da sociedade organizada escolhidos pela prefeitura podem atuar no sentido de respaldar de forma acrítica as ações do poder público.” (ABRANCHES E AZEVEDO, 2004, p. 170)

Arretche *et al* (2006), ao estudarem o comportamento dos conselhos municipais de desenvolvimento rural, observaram que o seu funcionamento está profundamente ligado aos partidos políticos. Para os autores, “este fenômeno ocorre devido à natureza da política, ao valor dos conselhos e à dependência dos conselhos em relação às prefeituras” (ARRETICHE *et al*, 2006, P.20).

Da mesma forma, Chaia e Tótora (2004) afirmam que a efetividade dos conselhos é dependente da gestão municipal e dos partidos políticos dos prefeitos, muito embora salientem a existência de uma série de outros componentes que também podem exercer influência sobre a ação dos conselhos.

Um dos aspectos que merece ser abordado, no que concerne ao papel a ser desempenhado pelos conselhos locais, está relacionado ao acesso à informação. Os conselhos, para desenvolverem com plenitude suas atribuições legais, devem ter pleno acesso à documentação relativa à gestão dos recursos públicos e estar permanentemente informados sobre as questões inerentes à respectiva política implementada. Em muitas situações, no

entanto, o Poder Público restringe o acesso às informações necessárias e, por conseguinte, impõe aos conselhos o papel de meros coadjuvantes no processo decisório. Essa assimetria informacional pode impedir que os conselhos exerçam de forma efetiva o seu papel enquanto instrumentos de *accountability* e de democracia participativa. Conforme observado por Chaia e Tótora:

Neste jogo de correlação de forças – poder executivo e conselhos –, os conselhos possuem uma participação marginal nas políticas públicas devido a dois fatores fundamentais: a burocracia pública que monopoliza as informações e a implementação dos projetos e os escassos recursos destinados às políticas sociais. Neste caso, os conselhos têm servido à legitimação das políticas implementadas, partilhando o ônus da responsabilidade pela gestão pública. (CHAIA E TÓTORA, 2004, p. 218)

Denota-se, pois, que o grau de influência dos conselhos municipais sobre a regularidade de uma determinada política pode ser dependente da forma pela qual o gestor público local percebe o papel a ser desempenhado por esses espaços e das condições estruturais que estão presentes no ambiente institucional. Isso porque, além de serem criados, via de regra, por iniciativas oriundas do ambiente estatal, o grau de interferência dos conselhos em relação aos rumos das políticas de sua competência depende essencialmente da concordância do órgão governamental – que, em última instância é o responsável pela execução operacional das políticas – em implementar as decisões do colegiado.

Em sua pesquisa, na região metropolitana de Belo Horizonte, Abranches e Azevedo (2004) concluíram que os conselhos têm realizado um bom número de deliberações e que estas têm sido respeitadas pelos gestores, demonstrando que o poder público tem reconhecido o potencial dessas instâncias como parceiros na discussão e implementação das políticas públicas. E ainda que 76,9% dos conselheiros fazem acompanhamentos e fiscalizações verificando a implementação de suas deliberações. Isso demonstrou que o controle social vem sendo realizado, principalmente através da solicitação e avaliação da prestação de contas da política pública. Por outro lado, eles verificaram que:

a falta de capacitação dos conselheiros também tem sido considerada como geradora de dificuldades que prejudicam as decisões dos conselhos pela falta de conhecimento das leis, das diretrizes orçamentárias, das diferenças entre plano e políticas e sobre a função dos conselheiros e conselhos. (ABRANCHES E AZEVEDO, 2004)

Importante observar, ainda nessa pesquisa, que quase metade dos conselheiros entrevistados participam concomitantemente de dois ou mais conselhos municipais, o que pode significar “um constrangimento à participação de outras entidades ou ao surgimento de

novas lideranças da mesma entidade, que poderiam ampliar a presença de novos interesses e idéias sobre as políticas públicas.”

Gohn (2003) ressalta que o desempenho insatisfatório dos conselhos decorre fundamentalmente da falta de tradição participativa da sociedade civil na gestão dos negócios públicos, da curta trajetória de vida destes entes e do desconhecimento, por parte da maioria da população, de suas possibilidades. Nesse sentido, a autora assevera que:

Nos municípios sem tradição organizativo-associativa, os conselhos têm sido apenas uma realidade jurídico-formal e muitas vezes um instrumento a mais nas mãos dos prefeitos e das elites, falando em nome da comunidade, como seus representantes oficiais, não atendendo minimamente aos objetivos de serem mecanismos de controle e fiscalização dos negócios públicos. (GOHN, 2003, p.88)

Faz-se necessário debater se os conselhos locais são instâncias realmente capazes de promover accountability e de vocalizar as preferências dos beneficiários dos programas de governo ou se representam apenas uma pequena elite local desvinculada dos interesses do público-alvo dessas políticas públicas.

2.2 Conselho Municipal de Saúde – definição e principais funções

As comissões interinstitucionais existentes, desde a segunda metade da década de oitenta, se adaptaram à Lei 8.142/90, constituindo os conselhos de saúde e as conferências nos níveis federal, estadual e municipal da administração pública. A realização de conferências era tradição no setor, desde o início do século; a principal diferença introduzida foi o regramento em relação à periodicidade e ao envolvimento de representantes da sociedade civil. O Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) na esfera de Governo da qual é integrante, que consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde por ser composto por representantes dos prestadores de serviço (inclusive Governo), profissionais de saúde e usuários, na proporção de 25%, 25% e 50%, respectivamente.¹

A existência e o funcionamento dos Conselhos de Saúde são requisitos exigidos para a

¹ Alguns conselhos adotam uma divisão diferente entre os segmentos prestadores, profissionais e governo, no que se refere à proporção de assentos. Já a composição de 50% dos usuários é mais respeitada pelos conselhos.

habilitação ao recebimento dos recursos federais repassados através do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais ou Municipais, desde a edição da Lei Orgânica da Saúde em 1990 (Lei nº8.080/90). Recentemente, essa exigência foi reforçada pela Emenda Constitucional 29/2000. Essa exigência é uma forma de pressão do governo federal para que os gestores estaduais e municipais implantem o controle social.

Os Conselhos de Saúde devem ser estabelecidos na Lei Orgânica Estadual ou Municipal, desde que estejam coerentes com a legislação federal. Sua criação deve ser de iniciativa do poder executivo, que deverá acolher as demandas da população e de acordo com as Conferências de Saúde e a legislação federal, definir em lei ordinária a sua composição, organização, estrutura e competências. O critério para a representação será a representatividade, a abrangência e a complementariedade do conjunto de forças sociais, de acordo com as especificidades locais.

A indicação dos conselheiros deve ser feita por escrito pelos respectivos segmentos ou entidades representativas da sociedade, sendo a indicação formalizada por instrumento legal (portaria, decreto...) emitido pelo gestor correspondente. O mandato dos conselheiros deve ser definido em regimento interno, sendo, preferencialmente, não coincidente com o mandato do respectivo nível de governo. É importante ressaltar que o conselheiro deve atuar como interlocutor de suas bases, não se distanciando da entidade ou movimento que o indicou; porém, deve representar e defender os interesses de toda a sociedade.

Eles devem possuir Regimento Interno que deve ser aprovado pelo próprio plenário e contemplar os elementos que irão garantir seu funcionamento, como por exemplo: abertura dos trabalhos, distribuição dos conselheiros pelos setores representativos da sociedade, impedimentos e faltas dos conselheiros, votação, prazos, estrutura e dimensão da secretaria executiva, mandato dos conselheiros, periodicidade das reuniões, quorum mínimo para deliberações em plenário (metade mais um do total de integrantes) entre outros. Qualquer alteração em sua organização e composição deve ser proposta e aprovada pelo plenário. Suas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

A estrutura dos Conselhos de Saúde deve ter como órgãos o Plenário e uma Secretaria Executiva a ele subordinada, cabendo aos conselheiros de saúde a definição de sua estrutura administrativa, das assessorias permanentes ou transitórias, do quadro de pessoal e das comissões intersetoriais necessários ao seu pleno funcionamento. O orçamento do Conselho de Saúde deve ser gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

O Conselho necessariamente deve reunir-se, no mínimo, uma vez ao mês, e

extraordinariamente sempre que necessário. Suas reuniões devem ser abertas ao público, com pauta e datas previamente divulgadas à população, cabendo ao gestor municipal encaminhar com antecedência, às reuniões, o material de apoio solicitado.

A prestação de contas deverá estar na pauta das reuniões a cada três meses com relatório detalhado contendo dentre outros, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial

O caráter deliberativo e permanente do Conselho pressupõe uma atuação constante para que seus membros tenham condições de examinar e aprovar as diretrizes da política de saúde, formulando estratégias, aperfeiçoando-as e propondo meios aptos para sua execução e correção de rumos.

Ao abordarmos a competência dos Conselhos de Saúde, é importante ressaltar que o trabalho do Conselho não pode ser confundido com o papel executivo do gestor de saúde. O gestor é responsável pela execução da política de saúde, enquanto ao Conselho cabe deliberar sobre as diretrizes dessa política, acompanhando suas ações e fiscalizando a utilização dos recursos nela aplicados.

Cabe ressaltar que a proposição da legislação para a criação, formatação e funcionamento do Conselho de Saúde, propõe uma forma democrática de participação social, mas cabe a cada gestor implantar e fomentar o seu pleno e eficaz funcionamento. O gestor que compreende o conselho como espaço de co-gestão e de co-participação entre governo e comunidade, coloca novos temas na agenda pública, suscita decisões públicas de uma maneira diferente daquela em que as decisões públicas são tomadas e torna transparentes suas ações.

Segundo Soraya Maria Vargas Cortes:

Não se pode afirmar que a reforma do sistema brasileiro melhorou a qualidade dos cuidados oferecidos e que tornou os serviços mais acessíveis ou se ela, ao contrário, intensificou iniquidades territoriais e sociais que já existiam. Não há dúvida, no entanto, que ela criou, no nível municipal de governo, um fórum participativo que tem contribuído para a democratização do processo de tomada de decisões no setor saúde. Maior participação de usuários não garante a redução das iniquidades na promoção de cuidados de saúde para a população. No entanto, a consolidação de fóruns participativos pode auxiliar para a democratização das instituições brasileiras, dando voz a setores tradicionalmente excluídos de representação direta no sistema político. Através deles, seus representantes podem influir na decisão sobre o destino de recursos públicos no setor saúde, podem obter informações, fiscalizar a qualidade dos serviços prestados e podem influenciar na

formulação de políticas que favoreçam os setores sociais que eles representam. (CÔRTEZ, 2002, p.13).

CAPÍTULO 3 – OS CONSELHEIROS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE PEQUENOS MUNICÍPIOS MINEIROS E SUA ATUAÇÃO

O presente capítulo apresenta a metodologia utilizada na pesquisa e os resultados encontrados.

3.1 A metodologia utilizada para se retratar os conselheiros de saúde de pequenos municípios mineiros.

A pesquisa apresentada nesse trabalho se propôs a destacar as características dos conselheiros municipais de saúde de pequenos municípios mineiros e a forma como vem se dando a sua atuação nas políticas de saúde.

Para tal, buscou-se como fonte de dados os questionários aplicados aos Conselheiros Municipais de Saúde pelos Analistas de Finanças e Controle (AFC) da Controladoria-Geral da União (CGU), da regional de Minas Gerais, durante as fiscalizações realizadas em municípios mineiros sorteados pelo “Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos”. A CGU é o órgão de controle interno do Governo Federal e a ela compete assistir direta e imediatamente ao Presidente da República no desempenho de suas atribuições, quanto aos assuntos que, no âmbito do Poder Executivo, sejam relativos à defesa do patrimônio público e ao incremento da transparência da gestão, por meio das atividades de controle interno, auditoria pública, correição, prevenção e combate à corrupção e ouvidoria. Os AFC têm como competência fiscalizar a regularidade da aplicação das verbas federais, por meio do “Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos”, além de outros.

Em função de tal fiscalização ser decorrente de um procedimento de sorteio público, periodicamente realizado, as entrevistas foram capazes, por conseguinte, de oferecer uma amostra com um grau de aleatoriedade bem definido. Foram aplicados 98 questionários nos conselheiros de saúde dos municípios Águas Vermelhas, Catuti, Palmópolis e Urucânia, sorteados na 29ª edição do programa, e dos municípios Cachoeira de Minas, Capitão Andrade, Casa Grande, Estrela do Indaiá, Imbé de Minas e José Gonçalves de Minas, da 30ª edição do programa, ambas no segundo semestre de 2009. A maioria dos conselhos municipais de saúde desses municípios é composta de 12 conselheiros com seus respectivos suplentes. As

características dos municípios contemplados são apresentadas no quadro a seguir:

QUADRO 1 – CARACTERÍSTICAS DOS MUNICÍPIOS

Município	Localização no estado de MG	População	Nº conselheiros entrevistados	Partido do prefeito	Reeleição	IDH-M (2000)	PIB/hab R\$ (2005)
Águas Vermelhas	Norte	13.070	12	PR	não	0,628	3.921,50
Cachoeira de Minas	Sul	11.466	09	PV	não	0,768	4.761,54
Capitão Andrade	Rio Doce	4.169	11	PDT	não	0,676	3.748,01
Casa Grande	Central	2.390	06	PSDB	não	0,711	4.406,35
Catuti	Norte	5.020	12	PP	não	0,605	2.701,28
Estrela do Indaiá	Centro-Oeste	3.312	10	PR	sim	0,738	8.172,68
Imbé de Minas	Rio Doce	6.873	11	DEM	não	0,673	3.996,25
José Gonçalves de Minas	Vale Jequitinhonha	4.833	11	DEM	sim	0,646	2.057,11
Palmópolis	Vale Jequitinhonha	10.148	06	DEM	sim	0,615	2.021,57
Urucânia	Zona da Mata	10.273	10	PC do B	não	0,694	6.292,70

Fonte: Anuário Mineiro de Municípios 2008 da AMM – Associação mineira de Municípios e sítio do TRE/MG.

Pelo quadro mostrado, com exceção de 4 municípios, pode-se observar que a média do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) ² nos municípios pesquisados é de 0,675 - abaixo da média das cidades brasileiras com menos de 50 mil habitantes, que é de 0,693. Os municípios apresentaram, com exceção de Estrela do Indaiá, o Produto Interno Bruto (PIB) ³ abaixo da média no Estado de Minas Gerais, que é de R\$ 6.775,00. Em 70% dos municípios, o prefeito é de partido de centro direita⁴ e não foi reeleito.

Os questionários foram aplicados nos conselheiros presentes à reunião extraordinária marcada pela equipe de fiscalização, sendo esclarecido que os questionários serviriam para uma pesquisa científica, não tendo relação com a fiscalização que estava sendo realizada no município. Cabe ressaltar que foi dada inteira liberdade para os conselheiros responderem ao questionário, portanto alguns deixaram de responder algumas perguntas e alguns não entenderam a pergunta, se equivocando na resposta. Por essa razão a pergunta correspondente a associação, entidade ou instituição que representa dentro do seu segmento não foi

² **IDH:** Índice de Desenvolvimento Humano, que considera os seguintes quesitos: renda per capita, grau de escolaridade e expectativa de vida da população. A escala varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, melhor é a qualidade de vida da população.

³ **PIB:** Produto Interno Bruto - indicador econômico que representa a soma dos valores de todos os bens produzidos dentro de um país, em determinado período

⁴ Esquerda – PDT, PC do B e PV Centro-direita – DEM, PR, PSDB, PP

considerada nos resultados da pesquisa.

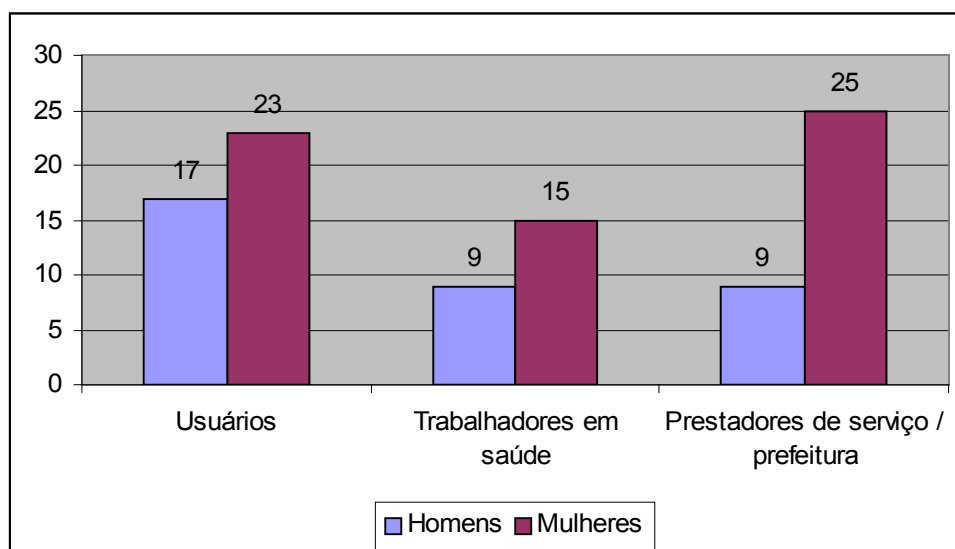
É importante esclarecer que os percentuais apresentados nesse trabalho correspondem ao número de respostas e não ao total de conselheiros entrevistados, pois alguns se abstiveram de responder a algumas perguntas.

De posse dos questionários passou-se a analisar os dados obtidos quanto às características e se os conselheiros vêm executando tarefas conforme determinação legal de suas competências.

3.2 A formação dos conselhos municipais de saúde.

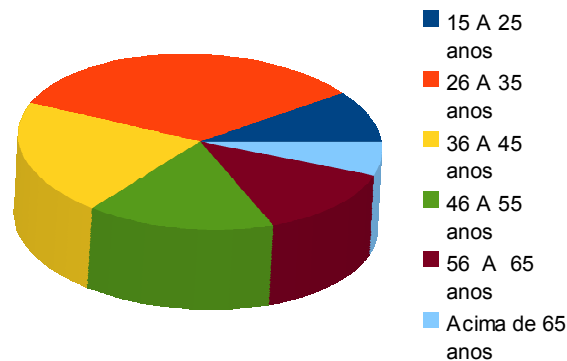
A pesquisa foi realizada com 98 conselheiros municipais de saúde de 10 municípios mineiros, com menos de 20 mil habitantes, que estavam presentes na reunião extraordinária. Responderam ao questionário 40 representantes de usuários, 24 representantes de trabalhadores da saúde e 34 representantes dos prestadores de serviço, no qual se inclui o governo, correspondendo a 40,81%, 24,48% e 34,69%, respectivamente. Do ponto de vista do gênero, percebe-se uma predominância de mulheres nos conselhos analisados. São 64,28% de mulheres e 35,72% de homens, sendo essa predominância em todos os segmentos representados, ressaltando que o maior número está nos representantes do poder público, como mostra o gráfico a seguir:

GRÁFICO 1 – SEGMENTOS REPRESENTADOS



Pôde-se perceber que a maioria dos conselheiros são adultos jovens, sendo que 33,34% estão na faixa de 26 a 35 anos.

GRÁFICO 2 – IDADE DOS CONSELHEIROS



No que se refere à escolaridade, a maior concentração (36%) é de conselheiros com ensino médio completo, mas uma proporção quase semelhante (33%) está cursando, ou tem completo, o nível superior de ensino, o que demonstra que os conselheiros têm bom nível de escolaridade. O segmento dos prestadores de serviço é o que tem maior quantitativo de conselheiros com curso superior (55,55%). E entre os usuários, a maioria (35,13%) tem ensino médio completo.

GRÁFICO 3 – ESCOLARIDADE POR SEXO

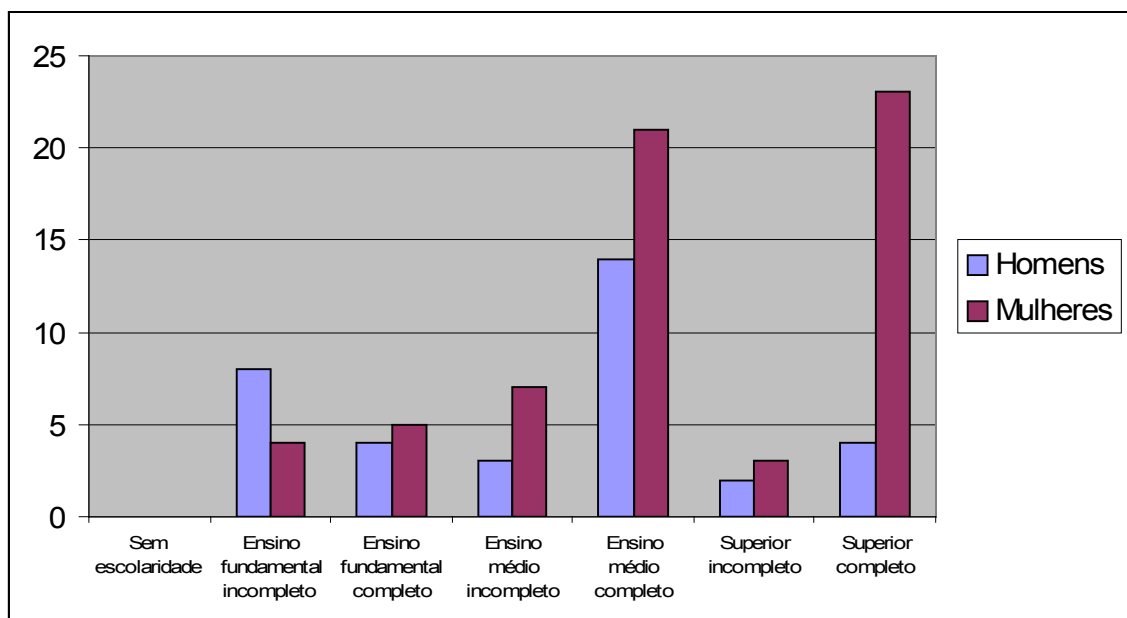
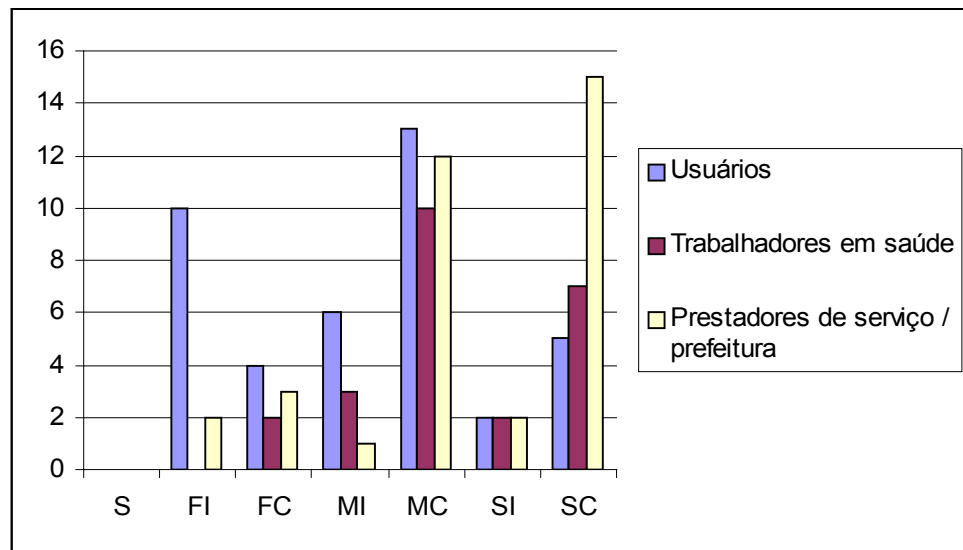


GRÁFICO 4 – ESCOLARIDADE POR SEGMENTO

Quanto à renda, a maioria dos conselheiros entrevistados (75%) situa-se na faixa de até 3 salários mínimos, sendo que entre 3 e 5 salários mínimos encontramos 18%, e entre 5 a 10 salários mínimos 7% dos conselheiros entrevistados. Ressalta-se que os conselheiros que possuem as maiores rendas estão no grupo que tem o ensino superior completo e que o segmento dos trabalhadores em saúde é a maioria (66, 66%) dentre o maior nível de renda.

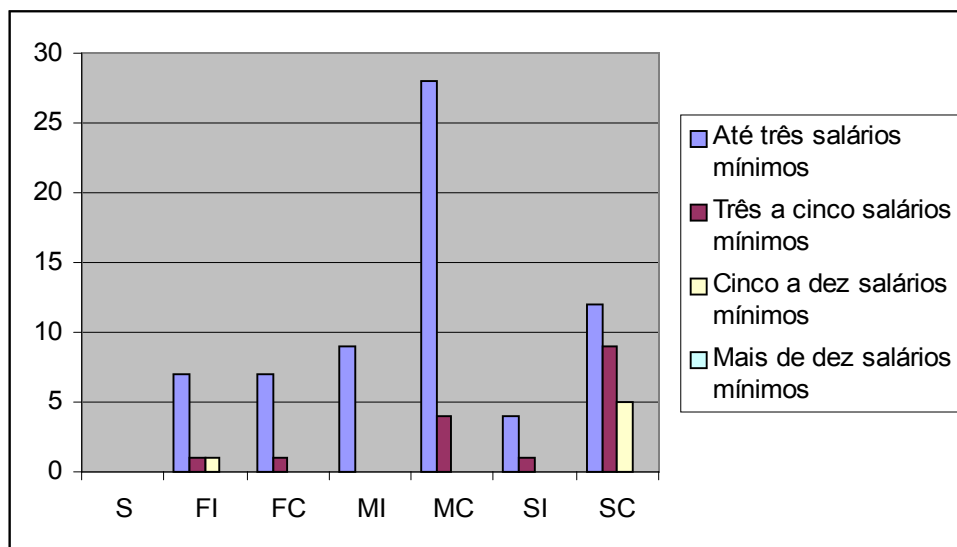
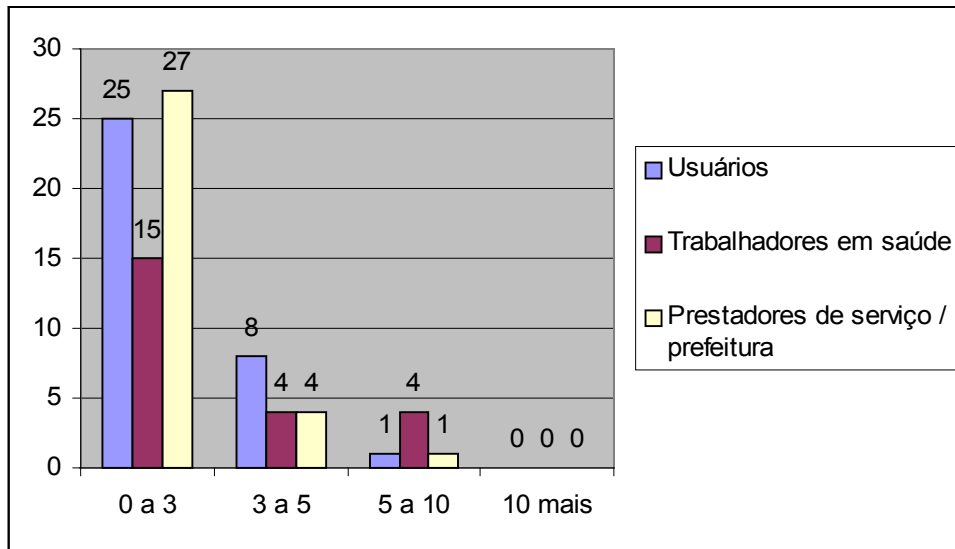
GRÁFICO 5 – RENDA DE ACORDO COM ESCOLARIDADE

GRÁFICO 6 – RENDA DE ACORDO COM SEGMENTO REPRESENTADO

O resultado dessa pesquisa quanto à predominância de mulheres coincide com o encontrado por Baptista, Machado e Kornin(2004) que foi de 56% de mulheres e 44% de homens, com maior concentração de mulheres na ala governamental. Quanto à escolaridade há certa semelhança com outros autores, sendo que Santos Junior, Azevedo e Ribeiro (2004), Lima e Bitoun (2004) e Abranches e Azevedo (2004) encontram a maioria dos conselheiros, principalmente da ala governamental, com alta escolaridade. Somente a característica econômica dos conselheiros divergem dos achados desses autores que encontraram a maioria com rendimentos acima de 5 salários mínimos, uma vez que em municípios pequenos a faixa salarial dos trabalhadores costuma ser inferior à dos grandes centros urbanos.

Do total de conselheiros entrevistados apenas 16 responderam que são filiados a partido político, sendo que desses, 50% correspondem ao segmento dos usuários, 31% aos representantes do poder público e 19% aos trabalhadores em saúde. Nas respostas dos conselheiros filiados a partidos políticos encontramos 8 conselheiros do DEM, 2 do PT, 2 do PTB, 1 do PMDB, 1 do PSDB e 2 não identificaram o partido, o que corresponde a 71% de partidos da centro-direita, divergindo dos achados de Tótora e Chaia (2004), que foi 64% de esquerda, contra 36% de centro-direita. Dentre esses achados é importante ressaltar que no município de José Gonçalves de Minas 45,45% dos conselheiros responderam que são filiados a partido, sendo o mesmo partido do prefeito. Além disso, quando se olha para o quadro 1 sobre as características dos municípios, percebe-se que a grande maioria deles é

governada por partidos de centro-direita, o que pode explicar a força destes partidos na composição dos conselhos.

Quanto ao vínculo com associações ou movimentos sociais, 13 conselheiros (13,8%) responderam participar de movimentos sociais como associações comunitárias, pastoral da igreja, consciência negra, clube de mães, associação de produtor rural e banda de música.

Pode-se inferir que há uma grande influência política dentro do conselho, pois além de indicar seus representantes, o poder público ainda tem aliados dentro da representação dos usuários, pois são do mesmo partido, configurando uma forte influência sobre as decisões e deliberações do conselho. Essa inferência é reforçada pelas respostas encontradas para a questão de como o conselheiro foi indicado e selecionado para o cargo. A maior parte dos conselheiros (82,9%) foi convidada para participar do conselho, sendo que, para sua seleção, 64,83% foi indicado contra 35,16% que foi votado entre seus pares. Interessante observar que dentre os indicados o poder público indicou 10,16% dos representantes dos trabalhadores em saúde e 5,08% de representantes dos usuários que são segmentos em que ele não deveria influenciar. Isso corresponde ao encontrado por Baptista, Machado e Kornin:

Embora esses números sejam pequenos em relação ao total, há uma evidente atitude de ingerência do governo ao interferir na escolha dos próprios representantes da sociedade civil. Essa condução autoritária, sem dúvida, impede a efetivação do controle social, uma vez que o conselheiro tende a gravitar mais em torno do espaço do poder municipal, desvinculando-se de sua base (BAPTISTA, MACHADO E KORNIN, 2004, p 240).

No trabalho de Tótor e Chaia(2004), foi demonstrado que no processo de escolha do conselheiro, 76% dos representantes do governo e 20,5% dos representantes da sociedade civil tiveram a interferência do governo na seleção. No processo de escolha para a representação 78,7% dos representantes do governo foram selecionados de forma centralizada e 78% dos representantes da sociedade civil de forma coletiva.

Entre os conselheiros entrevistados, 61,85% estão em seu primeiro mandato podendo demonstrar que pode estar havendo uma renovação dos conselhos de saúde. Essa renovação implementa a idéia de interferência do gestor na formação do conselho, uma vez que na maioria dos municípios pesquisados o gestor não foi reeleito, ou seja, novo gestor, novo conselho.

O resultado de 60,41% de conselheiros que participam de outro conselho além do conselho municipal de saúde demonstra que em municípios pequenos os atores sociais são em

número reduzido, obrigando que eles participem de várias políticas de governo ao mesmo tempo.

GRÁFICO 7 – MANDATO DE CONSELHEIRO DE SAÚDE

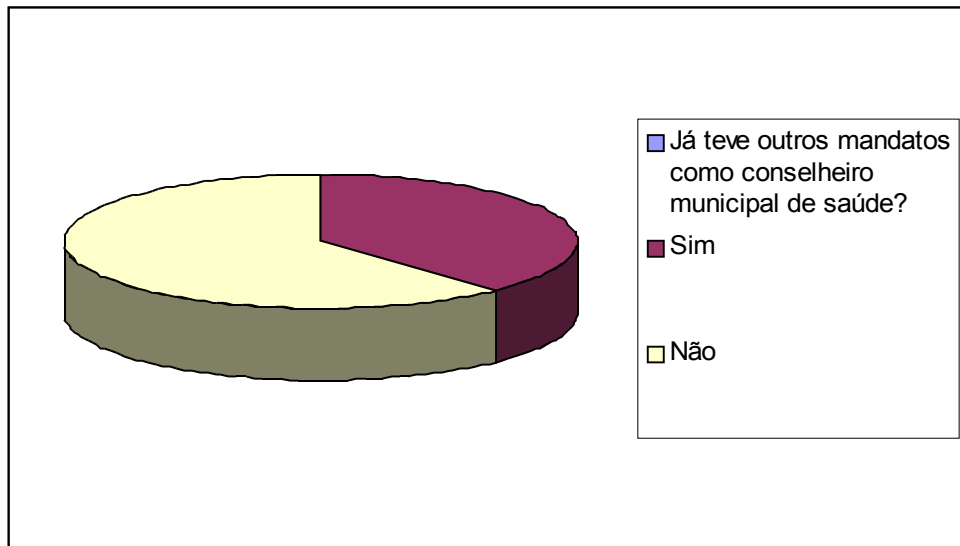
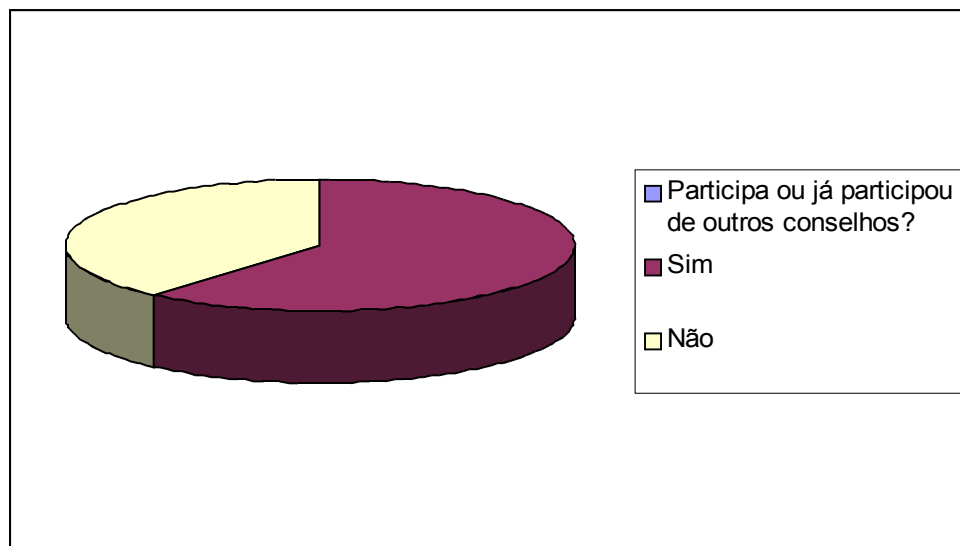


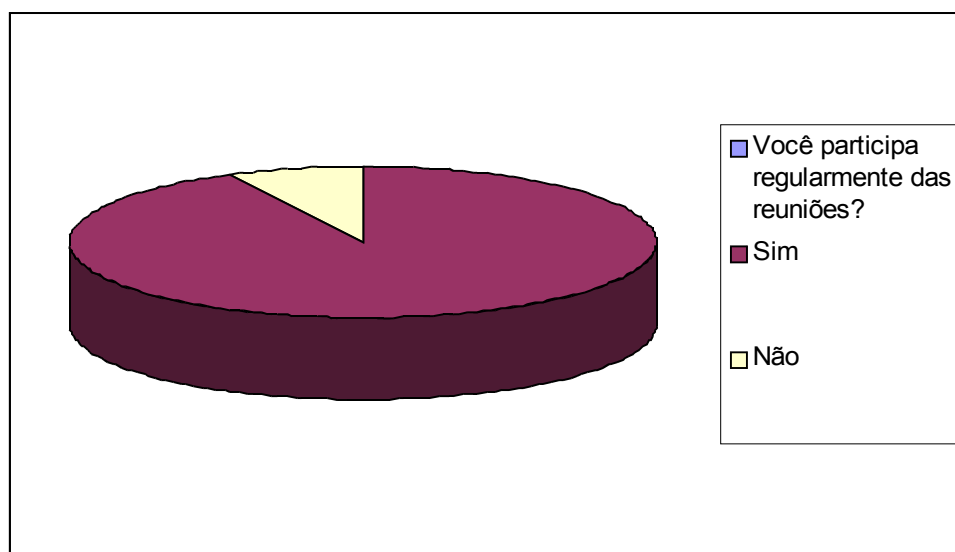
GRÁFICO 8 – PARTICIPAÇÃO EM OUTROS CONSELHOS



3.3 A atuação dos conselheiros municipais de saúde.

Dentre os conselheiros entrevistados, 92,63% responderam que participam regularmente das reuniões. Pelas respostas dadas quanto à sua atuação pode-se inferir que eles vêm fazendo uma atuação satisfatória, uma vez que 93,68% responderam que opinam quanto ao planejamento de saúde, 68,88% opinam sobre a elaboração do orçamento da saúde e 72,82% examinam e aprovam as prestações de contas.

GRÁFICO 9 – PARTICIPAÇÃO DAS REUNIÕES



Abranches e Azevedo (2004) também concluíram que os conselhos têm realizado um bom número de deliberações, sendo que 76,9% dos conselheiros fazem acompanhamentos e fiscalizações verificando a implementação de suas deliberações e solicitam e avaliam a prestação de contas da política pública. Santos Junior, Azevedo e Ribeiro (2004) concluíram em seu trabalho que os conselheiros tem tido acesso a informações o que impulsionou os processos de fiscalização e de decisão em torno das políticas sociais, tais como o acompanhamento dos recursos provenientes dos fundos federais.

Os conselheiros são conhecidos da população, em geral, pois 61,53% responderam que recebem denúncias da população, para que eles possam averiguar, e tentarem corrigir as falhas nos serviços de saúde.

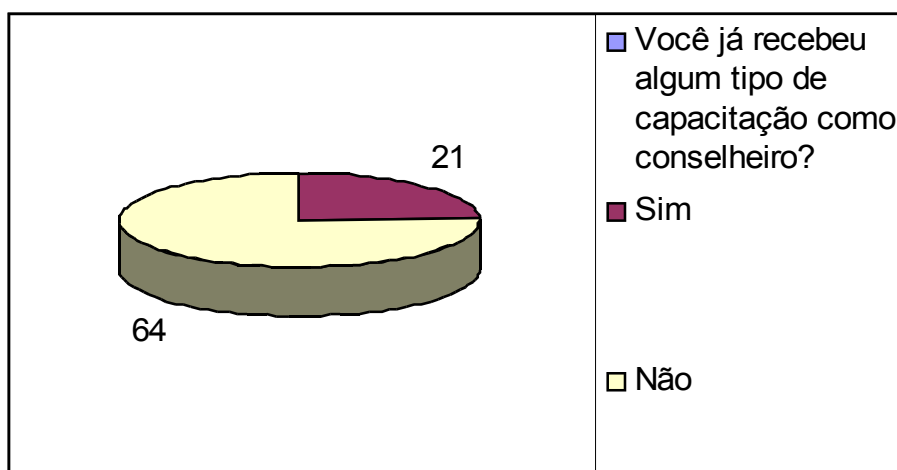
Confirmando o compromisso do poder municipal com o conselho, 60,86% dos conselheiros entrevistados responderam que sempre as decisões do conselho são acatadas pela administração e 33,69% responderam que às vezes as deliberações são acatadas, contra 5,45% que responderam que nunca as decisões são acatadas. Tendo em vista a influência do governo

na escolha desses representantes, conforme demonstrado acima, esse achado pode significar apenas um alinhamento das ações do governo com as deliberações e aprovações do conselho. Por outro lado, em sua pesquisa, na região metropolitana de Belo Horizonte, Abranches e Azevedo (2004) concluíram que as deliberações do conselho têm sido respeitadas pelos gestores, demonstrando que o poder público tem reconhecido o potencial dessas instâncias como parceiros na discussão e implementação das políticas públicas.

Por último deve-se considerar que uma grande parcela (75%) dos entrevistados respondeu que nunca recebeu nenhum tipo de capacitação para atuar como conselheiro. Isso configura uma grande dificuldade no desempenho do conselheiro, podendo prejudicar suas decisões pela falta de conhecimento das leis, das diretrizes orçamentárias, das diferenças entre plano e políticas e sobre a função dos conselheiros e conselhos. Esse resultado coincide com a pesquisa de Abranches e Azevedo, mas diverge da pesquisa de Tótora e Chaia(2004), que demonstrou que 68% dos conselheiros representantes do governo e 63% de representantes da sociedade civil já participaram de atividades de capacitação.

Embora os conselheiros digam que participam na discussão do planejamento, do orçamento e da prestação de contas da saúde, essa participação pode estar sendo limitada pela falta de capacitação e maior aprendizado das questões da saúde, pela ingerência do governo na escolha dos representantes no conselho e pela baixa escolaridade e renda.

GRÁFICO 10 – CAPACITAÇÃO



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos conselhos de saúde analisados em cidades de pequeno porte no Estado de Minas Gerais percebeu-se algumas similaridades e algumas diferenças nas características e atuação se comparados com grandes metrópoles já pesquisadas. Essa pesquisa apresentou os conselheiros de saúde como adultos jovens, na maioria mulheres, com bom nível de escolaridade, mas com baixos níveis de renda. O segmento dos prestadores de serviços em saúde, dentre eles o governo, é o que apresentou o maior nível de escolaridade e o segmento dos trabalhadores em saúde o maior nível de renda. Apenas 16% dos conselheiros responderam ser filiados a partidos políticos, e a maioria desses é do segmento dos usuários e são filiados a partidos de centro-direita. Observou-se que o poder público municipal tem grande influência na escolha dos conselheiros, e os conselheiros responderam que suas decisões normalmente são acatadas pelo executivo. Eles responderam, ainda, que têm atuado no planejamento das ações de saúde, na elaboração do orçamento da saúde, analisado e aprovado as prestações de conta, mas deve-se salientar que não se pode medir a qualidade dessa atuação dos conselheiros. Deve-se levar em conta que eles responderam que não tiveram capacitação para atuar nesse papel, além do poder público tem grande influência sobre a seleção dos mesmos. Os conselheiros entrevistados são na maioria novatos e participam de mais de um conselho.

Os elementos aqui apresentados não são suficientes para afirmar que a atuação dos conselheiros têm se dado de forma democrática no que diz respeito ao processo decisório, uma vez que é possível destacar aspectos que parecem bloquear as potencialidades de influência da sociedade civil nestes espaços. Como exemplo pode-se citar a interferência do governo nos processos seletivos, a predominância de filiação a partidos do governo e a falta de capacitação. Neste sentido, cidades de pequeno porte, que não apresentam projetos políticos participativos e associativismo ativo, podem ter dificuldades para institucionalizar a participação dos atores da sociedade civil. Além disso, é preciso considerar as dificuldades que estes municípios enfrentam para administrar problemas de saúde com baixos recursos e grandes problemas socioeconômicos. Contudo, apesar dos problemas na operacionalização dos conselhos, a sua obrigatoriedade na área de saúde nas cidades brasileiras, pode ser considerada um avanço no sentido de forçar o governo a ampliar o espaço de discussão e deliberação de políticas públicas.

Com essa pesquisa procurou-se, apenas, apresentar um retrato dos conselhos municipais de saúde dos pequenos municípios e que diferentes atores e fatores sociais têm influência sobre o processo participatório que se dá nos conselhos municipais de saúde. Não foi nosso objetivo fazer uma correlação com o desenvolvimento das políticas nessas cidades, o que certamente tem grande relevância. Contudo gostaríamos de frisar que a literatura tem demonstrado que um conselho bem sucedido, com o envolvimento dos agentes estatais e uma participação efetiva da sociedade civil, pode direcionar a sua ação primordialmente para o controle social, impedindo o Estado de transgredir, ou ser eficiente na vocalização de demandas ou para uma junção feliz dessas características.

Segundo Tatagiba “num país onde as denúncias de corrupção e de desvio de dinheiro público se sucedem num ritmo alucinante, as possibilidades de sucesso das políticas depende, e muito, do olhar atento da sociedade sobre o destino do dinheiro público” (TATAGIBA, 2002, p.91).

Do ponto de vista histórico da participação democrática da sociedade brasileira é bom ressaltar que os quase 20 anos que marcam a criação e implementação dos conselhos de gestão são um período relativamente pequeno face à tradição profundamente elitista e autoritária que sempre marcou a relação do Estado com a sociedade no Brasil e que teve no clientelismo o seu fenômeno mais expressivo.

Os apontamentos de Avritzer (2006) destacam a existência de evidências, mesmo que parciais, de melhorias na gestão das políticas públicas, notadamente nas áreas de saúde e de assistência social, nos locais em que os conselhos são mais atuantes. O autor ressalta que, embora não haja uma avaliação dos conselhos brasileiros, capaz de concluir sobre o seu papel na mudança do padrão das políticas públicas, estas instâncias, aliadas às experiências de orçamento participativo, tornaram-se as principais formas de participação no Brasil democrático.

A participação social, no Brasil, vem se instalando de forma democrática e deve-se considerar quem são os atores sociais. Conforme concluído por Mário Vinícius Claussen Spinelli:

o capital social é condição não apenas para melhoria do desempenho institucional e do funcionamento dos conselhos, mas também cria um contexto mais favorável à atuação das instâncias de participação, potencializando a sua influência sobre o desempenho institucional.(SPINELLI, 2008, p.104)

Espera-se que a disseminação dos conselhos e o relevante papel a eles estabelecido tenham sido elementos importantes na superação da ausência de uma cultura participativa no Brasil. É razoável supor que a institucionalização dos conselhos de políticas públicas tenha capacidade para incrementar os laços de confiança e de reciprocidade entre os cidadãos brasileiros e o Estado, e, assim, criar uma cultura de participação ativa dos cidadãos brasileiros na gestão dos recursos públicos.

REFERÊNCIAS

ABRANCHES, M.; AZEVEDO, S. **A Capacidade dos conselhos setoriais em influenciar políticas públicas:** realidade ou mito? In : SANTOS JUNIOR, O. A.(Org.); RIBEIRO, L. C. Q. (Org.); AZEVEDO, S. (Org.). Governança Democrática e Poder Local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

ARRETCHE, M.; BUAINAIN, A. M.; SILVEIRA, J. M.; MEIRELLES, H. **Capital Social, Política Partidária e racionalidade dos atores:** estudando os conselhos municipais de desenvolvimento rural. Trabalho apresentado no 5.º Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política, Belo Horizonte, 2006.

AVRITZER, L. e COSTA, S. **Teoria Crítica, Democracia e Esfera Pública:** Concepções e Usos na América Latina. In: Dados - Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, Iuperj, Vol. 47, n.º 4, 2004.

AVRITZER, L.; SANTOS, B. S. S. **Para ampliar o cânone democrático.** In:SANTOS, Boaventura de Sousa Santos. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BAPTISTA, J. V.; KORNIN, T.; MACHADO, E. H. H. **Governança urbana** – estudo sobre conselhos municipais da Região Metropolitana de Curitiba. In : SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos (Org.); RIBEIRO, L. C. Q. (Org.); AZEVEDO, S. (Org.). Governança Democrática e Poder Local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

BITOUN. J.; LIMA, R. M. C. **Os conselhos municipais da Região Metropolitana de Recife:** aspectos da cultura cívica. In : SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos (Org.); RIBEIRO, L. C. Q. (Org.); AZEVEDO, S. (Org.). Governança Democrática e Poder Local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro:Revan, Fase, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de Outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> Acessado em: 04 jan. 2010. Legislação Federal

BRASIL. **Lei 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 da outras providências.1990.Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acessado em: 04 jan. 2010. Legislação Federal

BRASIL. **Lei 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 de saúde e dá outras providências. 1990 . Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acessado em: 04 jan. 2010. Legislação Federal

BRASIL. **Ações Integradas de Saúde**. Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Governos Estaduais, e Governos Municipais. Porto Alegre: Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente. Fotocopiado. 1984.

BRONZO, C. ; COSTA, B. L. D. ; FARIA, C. A. P.; **O processo de implementação e gestão de políticas sociais sob a ótica dos conselhos**: o caso das políticas de assistência social e de infância e adolescência. Relatório de pesquisa. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro. Escola de Governo, 2000.

CARVALHO, José M., **Cidadania no Brasil, o longo caminho**, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

CHAIA, V.; TÓTORA, S. **Conselhos municipais e a institucionalização da participação política**: a Região Metropolitana de São Paulo. In : SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos (Org.); RIBEIRO, L. C. Q. (Org.); AZEVEDO, S. (Org.). Governança Democrática e Poder Local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

COELHO, Vera S. **Conselhos de saúde enquanto instituições políticas**: o que está faltando? In: Coelho, Vera S.; Nobre, M. Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo. Editora 34. São Paulo, 2004.

CÔRTEZ, Soraya. **Arcabouço institucional e participação em conselhos municipais de saúde e assistência social**. In : SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos (Org.); RIBEIRO, L. C. Q. (Org.); AZEVEDO, S. (Org.). Governança Democrática e Poder Local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro:Revan, Fase, 2004.

CÔRTEZ, Soraya. **Construindo a possibilidade da participação dos usuários**: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. Sociologias no.7 Porto Alegre Jan./Jun. 2002

CUNHA, E.S. **O potencial de conselhos de políticas e de orçamentos participativos na gestão democrático-participativa**. Trabalho apresentado na 5º. Encontro da Associação Brasileira de Ciência Política – ABCP, 2006.

DAGNINO, Evelina. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. In: DAGNINO, Evelina (org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz & Terra, 2002..

FARIA, Cláudia. F. **Sobre os determinantes das políticas participativas**: a estrutura normativa o desenho institucional dos Conselhos Municipais da Saúde e de Direitos da Criança e do adolescente. In: Avritzer, L. (org.) A participação social no Nordeste. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007.

GOHN, Maria da Glória. **Os conselhos municipais e a gestão urbana**. In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos (Org.); RIBEIRO, L. C. Q. (Org.); AZEVEDO, S. (Org.). Governança Democrática e Poder Local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

HABERMAS, Jürgen. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade, volume II; tradução Flávio Beno Siebeneichler. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1997.

LUCHMANN, Lúcia Helena Hanh. **A democracia deliberativa: sociedade civil, esfera pública e institucionalidade.** Cadernos de Pesquisa, n.º 33, 2002.

MARSHALL, T. H., **Cidadania, classe social e status.** Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1967.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e Conselhos de assistência social: caminhos da construção democrática.** 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos (Org.); RIBEIRO, L. C. Q. (Org.); AZEVEDO, S. (Org.). **Governança Democrática e Poder Local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004

SANTOS, Mauro R. M. dos, **A representação social no contexto da participação institucionalizada: O caso dos Conselhos Municipais do Rio de Janeiro.** In: SANTOS JUNIOR, Orlando Alves dos (Org.); RIBEIRO, L. C. Q. (Org.); AZEVEDO, S. (Org.). **Governança Democrática e Poder Local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil.** Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos, **Cidadania e Justiça.** Rio de Janeiro: Ed.Campus, 1979.

SPINELLI, Mário V. C., **Participação, Accountability e Desempenho Institucional: o caso dos conselhos de controle social do programa bolsa família nos pequenos municípios brasileiros.** Dissertação apresentada à Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração Pública - Gestão de Políticas Sociais. Belo Horizonte, 2008

SOUZA, Celina. **Political and financial decentralisation in democratic Brazil.** *Local government studies* 29 (4), 1994, p.588-609.

TATAGIBA, Luciana. **Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil.** In: DAGNINO, Evelina (org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.** São Paulo: Paz & Terra, 2002.

UGARTE, Pedro S. **Que participação para qual democracia?** In: COELHO V. S. P e Nobre, M. (orgs.). **Participação e deliberação – Teoria Democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo.** São Paulo: Ed.. 34, 2004

ANEXO I – MODELO DO QUESTIONÁRIO APLICADO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Programa de Formação de Conselheiros Nacionais

Curso de Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais

ESSE QUESTIONÁRIO SERÁ BASE DE DADOS PARA UMA PESQUISA ACADÊMICA DO CURSO ACIMA MENCIONADO, NÃO TENDO NENHUMA LIGAÇÃO COM O TRABALHO DE FISCALIZAÇÃO REALIZADO PELOS SERVIDORES DA CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO-CGU.

01) Sexo: () Masculino. () Feminino.

02) Idade: _____

03) Profissão: _____

04) Escolaridade: () Sem escolaridade

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Superior incompleto

() Superior completo

05) Faixa salarial:

() Até três salários mínimos.

() Três a cinco salários mínimos.

() Cinco a dez salários mínimos.

() Mais de dez salários mínimos.

06) Segmento que representa no conselho de saúde:

() Usuários. () Trabalhadores em saúde. () Prestadores de serviço / prefeitura.

07) Associação, entidade ou instituição que representa dentro do seu segmento:

08) Já teve outros mandatos como conselheiro municipal de saúde?

() Não. () Sim. Quantos e Quando? _____

09) Participa ou já participou de outros conselhos?

() Não. () Sim.

Quais?

10) Você tem algum vínculo com partido político, associações ou movimentos sociais?

() Não. () Sim. Quais?

11) Como foi indicado para seu cargo?

() Se candidatou.

() Foi convidado.

12) Como foi sua seleção?

() Através de votação.

() Através de indicação.

Quem indicou? _____

() Outros: _____

13) Você participa regularmente das reuniões? () Sim. () Não.

Você como conselheiro...:

14) opina quanto ao planejamento das ações de saúde? () Sim. () Não.

15) opina sobre a elaboração do orçamento da saúde? ()Sim. ()Não.

16) examina e aprova as prestações de contas? ()Sim. ()Não.

17) recebe denúncias da população? () Sim. () Não.

18) As deliberações do conselho são acatadas pela administração?

() Sim. Sempre. () Às vezes. () Não. Nunca.

19) Você já recebeu algum tipo de capacitação como conselheiro? Quando e de quem?
