

MARCELO FEIJÓ MARTINS

**A DISTRIBUIÇÃO DO PODER NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE:  
O CASO DOS MUNICÍPIOS DE UBÁ E DE VIÇOSA - MG**

Dissertação apresentada à  
Universidade Federal de Viçosa,  
como parte das exigências do  
Programa de Pós-Graduação em  
Administração, para obtenção do  
título de *Magister Scientiae*.

VIÇOSA  
MINAS GERAIS – BRASIL  
2010

**MARCELO FEIJÓ MARTINS**

**A DISTRIBUIÇÃO DO PODER NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE: O  
CASO DOS MUNICÍPIOS DE UBÁ E DE VIÇOSA - MG**

Dissertação apresentada à  
Universidade Federal de Viçosa, como  
parte das exigências do Programa de  
Pós-Graduação em Administração, para  
obtenção do título de *Magister Scientiae*.

**APROVADA:** 19 de fevereiro de 2010.

---

Prof. Jeferson Boechat Soares  
(Co-orientador)

---

Prof. Walmer Faroni  
(Co-orientador)

---

Prof. Sidney Martins Caetano

---

Prof. Victor Cláudio Paradela Ferreira

---

Prof. Adriel Rodrigues de Oliveira  
(Orientador)

À minha esposa, Danielle, que significa na minha vida  
a realização de um grande amor.

À Maria Eduarda, minha filha, que com sua chegada iluminada  
me despertou o amor de pai.

Aos meus pais, José Antonio e Marina, por todo amor e  
cuidado a mim dedicado.

## **AGRADECIMENTOS**

À Universidade Federal de Viçosa e ao Departamento de Administração, pelo ingresso no Curso de Mestrado.

Ao professor Adriel, pelos ensinamentos, apoio às minhas iniciativas e, principalmente, pela sua postura ética e companheira durante todo o trabalho.

Ao professor Victor Claudio, pela disponibilidade e conselhos enriquecedores acerca do trabalho.

Aos professores co-orientadores, pela participação e cooperação.

Aos membros dos Conselhos de Saúde de Viçosa e de Ubá, pela gentileza com que me receberam e pela contribuição no desenvolvimento do trabalho.

A Deus, por me proteger, me fortalecer e possibilitar em minha vida tantas conquistas.

À minha família, em especial à minha esposa, que sempre me dá força, acredita plenamente em meu potencial, sofre quando estou triste e tanto se orgulha a cada novo sonho conquistado por mim. À minha pequena Maria Eduarda, que alegra os meus dias com seu sorriso maravilhoso e puro, e aos meus pais, que iniciaram a minha educação com tanto zelo.

## **BIOGRAFIA**

MARCELO FEIJÓ MARTINS, filho de José Antonio Martins e Marina Feijó Martins, nasceu em 06 de maio de 1972, em Viçosa, Minas Gerais.

Iniciou seus estudos na Escola Nossa Senhora do Carmo - Viçosa/MG em 1978. Em 1979, transferiu-se para a Escola Estadual Ministro Edmundo Lins onde estudou até a conclusão da 4ª série. Em 1983, ingressou na Escola Estadual Dr. Raimundo Alves Torres onde estudou até a conclusão do Ensino Médio no ano de 1989.

Em março de 1994, ingressou no curso de Administração, da Universidade federal de Viçosa, colando grau no primeiro semestre de 1998.

Em março de 2008, iniciou o curso de mestrado no programa de Pós-Graduação em Administração na Universidade Federal de Viçosa, concluindo em fevereiro de 2010.

# SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS .....	vi
LISTA DE FIGURAS .....	vii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	xi
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 O problema e sua justificativa .....	2
2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL .....	5
2.1 Reforma do Estado: sob a conotação da gestão democrática .....	5
2.1.1 Descentralização do poder estatal .....	7
2.2 A construção da participação popular .....	9
2.3 A democratização da participação .....	10
2.4 Conselhos Gestores.....	14
2.4.1 Conselho Municipal de Saúde.....	16
2.4.2 A participação efetiva nos Conselhos: obstáculos e potencialidades .....	17
2.5 Poder .....	20
2.5.1 O método posicional e o método decisional.....	24
3. METODOLOGIA .....	27
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	30
5. CONCLUSÕES .....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62
APÊNDICE A – Questionário aplicado aos membros do conselho .....	66
ANEXO A – Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de UBÁ (MG).....	70
ANEXO B – Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa (MG).....	86

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1- O teste Qui-quadrado para a análise de dependência das questões 2 e 7 no CMS Viçosa e no CMS Ubá.....	30
Quadro 2 – O teste Qui-quadrado para a análise de dependência das questões 6 e 8 no CMS Viçosa e no CMS Ubá .....	37
Quadro 3 – Valores de medidas de centro (média e moda) para a freqüência das respostas das questões 15 e 16 no CMS Viçosa.....	42
Quadro 4 – Valores de medidas de centro (média e moda) para a freqüência das respostas das questões 15 e 16 no CMS Ubá .....	43
Quadro 5 – Tempo de atuação no CMS Viçosa.....	46
Quadro 6 – Tempo de atuação no CMS Ubá .....	47
Quadro 7 – Escolaridade dos conselheiros no CMS Viçosa .....	48
Quadro 8 – Escolaridade dos conselheiros no CMS Ubá.....	48
Quadro 9 – A força dos movimentos sociais na área da saúde (CMS Viçosa), em número de respondentes .....	52
Quadro 10 – A força dos movimentos sociais na área da saúde (CMS Ubá), em número de respondentes .....	54

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Frequência de resposta da questão 2 no CMS Viçosa (As decisões do conselho são influenciadas pelas preferências de que grupos de conselheiros?). .....	31
Figura 2 – Frequência de resposta da questão 7 no CMS Viçosa (Que conselheiros determinam, com maior frequência, o curso de ação a ser seguido pelo conselho?). .....	32
Figura 3 – Frequência de resposta da questão 2 no CMS Ubá (As decisões do conselho são influenciadas pelas preferências de que grupos de conselheiros?). .....	32
Figura 4 – Frequência de resposta da questão 7 no CMS Ubá (Que conselheiros determinam, com maior frequência, o curso de ação a ser seguido pelo conselho?). .....	33
Figura 5 – Frequência de resposta da questão 12 no CMS Viçosa (Com que frequência são defendidos, no conselho, interesses de grupos particulares em detrimento dos interesses da coletividade?). .....	34
Figura 6 – Frequência de resposta da questão 12 no CMS Ubá (Com que frequência são defendidos, no conselho, interesses de grupos particulares em detrimento dos interesses da coletividade?). .....	35
Figura 7 – Frequência de resposta da questão 20 no CMS Viçosa (Os conselheiros são avaliados periodicamente pelas respectivas entidades no que se refere à atuação deles no conselho?). .....	35
Figura 8 – Frequência de resposta da questão 20 no CMS Ubá (Os conselheiros são avaliados periodicamente pelas respectivas entidades no que se refere à atuação deles no conselho?). .....	36
Figura 9 – Frequência de resposta da questão 6 no CMS Viçosa (Em que grau de importância, a tomada de decisão no conselho é influenciada por seus dirigentes e/ou por dirigentes de órgãos públicos e de entidades?). .....	38
Figura 10 – Frequência de resposta da questão 8 no CMS Viçosa (Qual o grau de importância dos recursos materiais, informacionais e pessoais possuídos por conselheiros, no que tange ao seu poder de decidir no conselho?). .....	39
Figura 11 – Frequência de resposta da questão 6 no CMS Ubá (Em que grau de importância, a tomada de decisão no conselho é influenciada por seus dirigentes e/ou por dirigentes de órgãos públicos e de entidades?). .....	39

Figura 12 – Frequência de resposta da questão 8 no CMS Ubá (Qual o grau de importância dos recursos materiais, informacionais e pessoais possuídos por conselheiros, no que tange ao seu poder de decidir no conselho?).	40
Figura 13 – Frequência de resposta da questão 4 no CMS Viçosa (Em sua opinião, quem define os temas que compõem a pauta das reuniões do conselho?).	41
Figura 14 – Frequência de resposta da questão 4 no CMS Ubá (Em sua opinião, quem define os temas que compõem a pauta das reuniões do conselho?).	41
Figura 15 – Frequência de resposta da questão 15 no CMS Viçosa (Em que medida de importância, a capacitação técnica de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do conselho?).	43
Figura 16 – Frequência de resposta da questão 16 no CMS Viçosa (Em que medida de importância, a capacitação política de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do conselho?).	44
Figura 17 – Frequência de resposta da questão 15 no CMS Ubá (Em que medida de importância, a capacitação técnica de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do conselho?).	44
Figura 18 – Frequência de resposta da questão 16 no CMS Ubá (Em que medida de importância, a capacitação política de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do conselho?).	45
Figura 19 – Frequência de resposta da questão 1 no CMS Viçosa (O debate nas reuniões do Conselho se concentra mais na pessoa de quais conselheiros?).	49
Figura 20 – Frequência de resposta da questão 1 no CMS Ubá (O debate nas reuniões do Conselho se concentra mais na pessoa de quais conselheiros?).	49
Figura 21 – Frequência de resposta da questão 17 no CMS Viçosa (Como se deu o processo de criação e institucionalização do Conselho Municipal de Saúde no município?).	51
Figura 22 – Frequência de resposta da questão 17 no CMS Ubá (Como se deu o processo de criação e institucionalização do Conselho Municipal de Saúde no município?).	51
Figura 23 – Frequência de resposta da questão 18 no CMS Viçosa (Qual a natureza histórica da relação entre o governo municipal e o Conselho?).	53
Figura 24 – Frequência de resposta da questão 18 no CMS Ubá (Qual a natureza histórica da relação entre o governo municipal e o Conselho?).	54

## RESUMO

MARTINS, Marcelo Feijó, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, fevereiro de 2010. **A distribuição do poder nos Conselhos Municipais de Saúde: O caso dos municípios de Ubá e de Viçosa – MG.** Orientador: Adriel Rodrigues de Oliveira. Co-orientadores: Jeferson Boechat Soares, Maria das Dores Saraiva de Loreto e Walmer Faroni.

O advento de novos canais de comunicação entre a população e o Estado passou a constituir um instrumento fundamental da gestão pública, evidenciando aspectos da dinâmica política da sociedade civil. Nesse contexto, surgem os Conselhos Gestores de Políticas Públicas. Presentes na maioria dos municípios brasileiros, articulados desde o nível federal, eles cobrem uma ampla gama de temas, representando uma conquista do ponto de vista da construção de uma institucionalidade democrática. Assim, ao se debater uma política pública, o funcionamento de uma determinada instituição ou os vários sentidos da democracia, enfim, seja qual for a forma, o propósito é na maioria das vezes saber “quem tem o poder”. Considerando o momento crítico pelo qual atravessa o setor de Saúde no país, o presente trabalho objetivou analisar o poder, identificando os grupos de conselheiros que exercem o poder no processo de tomada de decisão no interior dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios mineiros de Viçosa e Ubá. Dessa forma, foram identificados os grupos de conselheiros cujas preferências no processo decisório predominam sobre as demais, na percepção dos mesmos, a correlação existente entre a posse de recursos materiais, informacionais e pessoais mobilizados pelos conselheiros e o poder de decidir, e a correlação entre as posições institucionais estratégicas e o poder de tomar as decisões. Para a análise, a seleção da amostra dos conselheiros se deu através de amostragem aleatória estratificada, onde a população do estudo é dividida em subgrupos homogêneos. A população dos conselhos de saúde de Viçosa e de Ubá (CMS) corresponde, respectivamente, a 28 e 33 conselheiros, representando um total de 61 membros. A amostra selecionada para a aplicação de questionários no CMS Viçosa compreendeu 19 conselheiros, e no CMS Ubá, 20 conselheiros, somando um total de 39 elementos amostrais. A coleta de dados primários foi realizada por meio da aplicação de questionário semi-estruturado e da observação direta de reuniões mensais do conselho. Para o tratamento dos dados obtidos por meio do questionário, foi utilizado o software de análise

estatística SPSS. As estatísticas descritivas apropriadas (frequências e correlações) para as variáveis em estudo (questões analisadas) foram obtidas, assim como o teste do Qui-quadrado, para verificar as relações de dependência entre determinadas variáveis. A pesquisa fez uso dos métodos posicional e decisional, visando identificar as posições estratégicas e os recursos mobilizados, bem como os grupos de conselheiros cujas preferências têm primazia sobre as dos demais no processo decisório. As posições estratégicas, requisitos para o exercício do poder, conforme o método posicional, foram identificadas como sendo os cargos de secretário municipal de saúde, presidente e membros da mesa diretora do Conselho de Saúde, conselheiros dirigentes de entidades prestadoras de serviços de saúde e conselheiros dirigentes de organizações e associações da sociedade. Nas análises estatísticas inferenciais realizadas pelo teste do Qui-quadrado, as hipóteses nulas foram rejeitadas, o que significa dizer que não houve independência entre as variáveis analisadas. Logo, conclui-se que as decisões nos Conselhos são influenciadas pelas preferências de determinado grupo, o qual também é responsável pela determinação do curso de ação a ser seguido, e que quanto maiores forem os recursos possuídos, maior também será o poder de influência daqueles que ocupam posições institucionais estratégicas nas decisões do Conselho. No CMS de Viçosa, este grupo é o de gestores da saúde, e no CMS de Ubá, são os representantes dos usuários do SUS. A realidade dos Conselhos Municipais de Saúde de Viçosa e Ubá são bastante distintas, apresentando este melhor infra-estrutura, organização e qualidade da participação da sociedade civil no interior do Conselho. A inexistência de movimentos sociais organizados na área de saúde em Viçosa caracteriza uma relação sem conflitos dentro do Conselho, onde o poder de decisão repousa tranqüilo e centralizado nas mãos do governo. Por outro lado, no município de Ubá, há uma história de lutas de movimentos sociais, sindicatos e associações devido ao perfil industrial da cidade. A participação mais articulada da sociedade no CMS de Ubá dá maior qualidade à participação, refletindo seu poder no processo decisório no interior do Conselho.

## ABSTRACT

MARTINS, Marcelo Feijó, M. Sc., Universidade Federal de Viçosa, February, 2010. **The distribution of power in Municipal Health Councils: The case of Ubá and Viçosa – MG.** Advisor: Adriel Rodrigues de Oliveira. Co-advisors: Jeferson Boechat Soares, Maria das Dores Saraiva de Loreto and Walmer Faroni.

The advent of new channels of communication between people and the state has become a fundamental instrument of public management, highlighting aspects of the political dynamics of civil society. In this context, there are Public Policies Management Councils. Present in most Brazilian cities, articulated since the federal level, these councils cover a wide range of topics, representing an achievement in terms of building a democratic institutionalization. Therefore, while discussing a certain policy, the function of individual institutions, or various meanings of democracy, whatever form or purpose, is to know, most of the time, "who has the power." Considering the critical moment, which the Health sector is going through in this country, this paper aims to analyze power, identifying the groups of advisors who wield power within the decision-making of the Municipal Health Councils of Viçosa and Ubá. In this way, we have identified groups of advisers whose preferences in decision-making prevail over the other, their perception, the correlation between possession of material resources, information and staff mobilized by advisers and the power to decide, is the correlation between the institutional positions and strategic power to make decisions. For this analysis, the sample selection of advisers has come through stratified random sampling, where the studied population is divided into homogeneous subgroups. The population of the medical advisers of Viçosa and Ubá (CMS) corresponds, respectively, to 28 and 23 directors, representing a total amount of 61 members. The selected sample for the application of questionnaires in the CMS Viçosa comprised 19 members, and the CMS Uba, 20 counselors, totalling 39 sampling units. The primary collection of data was done through the application of semi-structured questionnaires and direct observation of monthly meetings of the board. The statistical analysis software SPSS was used for the treatment of the obtained data by questionnaire. The appropriate descriptive statistics (frequencies and correlations) for variables in study (examined issues) were obtained, as well as the Chi-square test to verify

the relationships of dependence between certain variables. The research made use of the positional methods and decisions to identify the strategic positions and mobilized resources, as well as groups of advisers whose preferences take precedence over those in decision making. The positions, requirements for the exercise of power, according to the positional method, have been identified as the municipal health secretary, president and members of the board of directors, counselors, heads of providers of health services and counselors leaders of organizations and associations in society. In inferential statistical analysis performed by chi-square test, the null hypotheses were rejected, which means that there was no independence between the variables analyzed. Therefore, it is concluded that the decisions are influenced by the preferences of a particular group, which is also responsible for determining the course of action to be followed, and that the larger the resources possessed, the greater is the power to influence those in positions in institutional strategic decisions of the board. In CMS Viçosa, this is the group of health managers, and in CMS Ubá are the representatives of public health insurance patients. The reality of the municipal councils of health in Viçosa and Ubá are quite different, presenting better infrastructure, organization and quality of participation of civil society within the council. The lack of organized social movements in Viçosa's health sector characterizes a relationship without conflict within the council, where the power of decision rests quietly in the hands of centralized government. On the other hand, in Ubá, there is a history of struggles of social movements, trade unions, and associations because of the industrial profile of the city. A more articulated society in CMS Ubá results in a higher quality of participation, reflecting its power in decision-making within the Council.

# 1. INTRODUÇÃO

A partir da Constituição de 1988, profundas transformações iniciam-se na estrutura político-administrativa do Brasil. Com o processo de redemocratização e com as propostas de Reforma do Estado Brasileiro, novas formas de atuação do Estado e de pensar as políticas públicas começam a emergir.

Nesse contexto, os municípios começam a assumir maior autonomia e mais responsabilidade na provisão de bens e serviços públicos, fato esse explicado pela descentralização político-administrativa, consubstanciada na Constituição Federal de 1988. Os artigos constitucionais incentivam a promoção do desenvolvimento local, por meio de políticas públicas intentadas pelos respectivos governos municipais, com apoio técnico e financeiro da União e dos Estados.

Partindo do pressuposto de que um Estado descentralizado não pode prescindir de canais efetivos de participação, a Constituição de 1988 regulamentou, no país, a participação popular como processo político. Assim, foi introduzida uma série de mecanismos, permitindo que representações de segmentos sociais tivessem acesso ao governo e participassem das tomadas de decisões sobre alguns problemas públicos, sinalizando para o fato de que a dinâmica social deveria exercer uma influência significativa sobre as experiências de formulação e implementação de políticas locais. O advento de novos canais de comunicação entre a população e o Estado passou a constituir um instrumento fundamental da gestão pública, evidenciando aspectos da dinâmica política da sociedade civil.

Nesse contexto, surgem os Conselhos Gestores de Políticas Públicas. Segundo Fuks et al. (2004), eles constituem uma das principais experiências de democracia participativa no Brasil contemporâneo. Presentes na maioria dos municípios brasileiros, articulados desde o nível federal, eles cobrem uma ampla gama de temas como saúde, educação, moradia, meio ambiente, transporte, cultura etc., representando uma conquista do ponto de vista da construção de uma institucionalidade democrática. Sua novidade histórica consiste na possibilidade de intensificação e institucionalização do diálogo entre governo e sociedade – em canais públicos e plurais – como condição

para uma alocação mais justa e eficiente dos recursos públicos. Esses mecanismos participativos incorporam as forças vivas de uma comunidade à gestão de seus problemas e à implementação de políticas públicas que possam solucioná-los.

Os estudos a respeito dos fenômenos políticos apresentam, implícita ou explicitamente, uma questão que não hesitaríamos em qualificar de “universal”, a saber, a questão do poder. Assim, ao se debater uma política pública, o funcionamento de uma determinada instituição ou os vários sentidos da democracia, enfim, seja qual for a forma, o propósito é na maioria das vezes saber “quem tem o poder”.

Não obstante, a questão é tão fácil de ser elaborada quanto difícil de ser respondida. Mesmo que se possa chegar a um razoável consenso acerca da definição mais geral do tema, isto é, o poder como uma relação de conflito e de predomínio; as dificuldades metodológicas para se responder à questão (quem tem poder?) são grandes e os limites das respostas dadas tão discutidos que o consenso acerca do tema acaba por não ter muito significado operacional. As duas respostas mais comuns a essa questão originam-se da tradição weberiana. Em ambas, o poder é entendido como sinônimo de capacidade de influenciar o processo decisório, ou seja, de determinar aos outros um dado curso de ação em relação a um assunto específico (Wright Mills, 1985). Apesar da origem comum na mesma tradição, essas duas perspectivas desenvolveram orientações metodológicas bastante distintas, culminando nos métodos posicional e decisional.

### **1.1 O problema e sua justificativa**

A institucionalização dos Conselhos Gestores, como um mecanismo inovador na gestão pública, associado com os novos modelos de desenvolvimento que estão sendo implementados em todo o mundo – gestão pública estatal via parcerias com a sociedade civil organizada – representa possibilidades para um grande campo de trabalho. Via de regra, os Conselhos podem ser vistos como conquistas de movimentos sociais, representando espaços de democracia participativa e descentralização de poder, o que por si só já justificaria sua importância como objeto de estudo.

Entretanto, a democracia participativa não tem respondido efetivamente aos anseios da sociedade, representando muitas vezes os interesses das elites

e não da coletividade, por meio de práticas clientelistas e relações pessoais e dentro de uma lógica verticalizada e hierarquizada, na qual as ações nem sempre privilegiam a maioria marginalizada e sim uma minoria “elitista”, isto é, os “donos do poder”. Não se pretende com essa afirmação defender sistemas autoritários, mas sim constatar uma realidade ainda incipiente da democracia participativa quanto ao atendimento das expectativas da população.

Diante deste cenário, no qual as expectativas da sociedade eram grandes pela participação popular no processo decisório das políticas públicas e que, aparentemente, não se efetivou conforme era esperado, é que surgiu a idéia do presente projeto de pesquisa, que visa analisar os Conselhos Gestores de Saúde das cidades de Viçosa e Ubá, tendo como finalidade precípua a questão supracitada sobre o poder no contexto dessas instituições participativas.

Neste caso, a questão torna-se ainda mais relevante, haja vista a intenção declarada, no próprio plano legal, de que essas instituições sirvam para ampliar a participação popular e, assim, melhorar a qualidade da democracia em nosso país.

Ora, a ampliação dessa participação só surtiria o efeito desejado caso os novos participantes sejam capazes de exercer o poder no interior dessas instâncias, seja interferindo no processo decisório, seja delineando a agenda pública.

Desse modo, tem-se como cerne do problema de pesquisa proposto: a análise da distribuição do poder nos Conselhos de Saúde dos municípios de Ubá e de Viçosa. A fim de elucidar a questão, formulou-se a pergunta no sentido de se identificar os grupos de conselheiros detentores de poder no interior dos Conselhos Municipais de Saúde dos respectivos municípios.

O objetivo geral do trabalho em questão é, portanto, analisar o poder, identificando os grupos de conselheiros que exercem o poder no processo de tomada de decisão no interior dos Conselhos Municipais de Saúde, dos municípios mineiros de Viçosa e Ubá.

Especificamente, pretende-se:

- identificar os grupos de conselheiros cujas preferências no processo decisório predominam sobre as demais, na percepção dos mesmos;

- identificar a correlação existente entre a posse de recursos materiais, informacionais e pessoais mobilizados pelos conselheiros e o poder de decidir; e
- identificar a correlação entre as posições institucionais estratégicas e o poder de tomar as decisões.

Acredita-se que a realização deste trabalho possa trazer contribuições para o desenvolvimento do Conselho, enquanto mecanismo de gestão participativa e controle social, fortalecendo o significado de sua importância para a administração pública. Tendo como idéia que a criação e disseminação dos Conselhos pelos municípios são reflexos da necessidade de se reformular as instituições de governo local, espera-se que o presente trabalho auxilie na consolidação dos Conselhos de Saúde, como canal efetivo de participação da sociedade civil.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

### 2.1 Reforma do Estado: sob a conotação da gestão democrática

A crise dos anos 80 levou às propostas de reforma do Estado, que deixavam claras as necessidades de se reformular o papel estatal. O Estado passa a desempenhar um novo papel, voltado para a satisfação de necessidades básicas e de novas demandas da sociedade, abandonando definitivamente o modelo intervencionista e permitindo-se maior agilidade e eficiência em suas ações (GUIMARÃES, 2000).

A reforma do Estado tem múltiplas conotações e, a maioria dos estudiosos concorda que há a necessidade do Estado renovar sua própria institucionalidade para poder atender melhor aos anseios da sociedade, bem como naqueles que tangem à publicização do aparato estatal. Publicizar deve implicar nível de incremento da participação da sociedade para um exercício efetivo da cidadania, de maneira a se implementar um Estado reformado que seja realmente democrático. No espaço da reformulação das relações Estado-sociedade se faz necessário reformular o nexos de relações, de modo a induzir que a sociedade civil participe e exerça, através de mecanismos institucionalizados, a gestão compartilhada das políticas públicas e o controle no nível de *accountability*<sup>1</sup> ou se estará sob o discurso de propostas de reforma pouco efetivas (BRESSER PEREIRA, 2007).

Uma reforma do Estado não significa desmantelá-lo, pelo contrário,

*“a reforma jamais poderia significar uma desorganização do sistema administrativo e do sistema político de decisões e, muito menos, é claro, levar à diminuição do seu poder de liderar o processo de mudanças, definindo o seu rumo”* (PEREIRA & SPINK, 2005, p.15).

A complexificação cada vez maior da sociedade é um fator relevante para o obsolescimento de formas tradicionais de gestão dos interesses e dos serviços públicos pelo Estado. A busca da eficiência e da qualidade na prestação de serviços públicos são, muitas vezes, alcançadas através das tentativas de inovação na administração pública, ficando claro que as regras de funcionamento democrático da sociedade e das instituições públicas devem ser

---

<sup>1</sup> A *accountability* se manifesta através de mecanismos de cobrança e de controle recíprocos que constituem fator favorável ao êxito da gestão pública, impedindo a apropriação da máquina por interesses privados, o desperdício, além da alocação de recursos para fins não previstos (DINIZ & AZEVEDO, 1995).

profundamente reformuladas. Para Bento (2003), governos que asseguram a participação dos cidadãos na elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas angariam sustentabilidade política e legitimidade para seus projetos e programas de governo, tornando suas gestões muito mais eficientes do que poderia ser se confinadas apenas a equipes de burocratas especializados.

A consolidação do conceito de cidadania e da noção de direitos contribuiu para o fortalecimento da cultura democrática. A corrupção, tida como ação lesiva aos interesses da coletividade em favor do interesse privado, encontra na cidadania um sentimento de repulsa e indignação. A cultura democrática admite o surgimento de propostas de participação da sociedade civil na gestão pública, com o objetivo de se atingir um melhor controle sobre a coisa pública (KEINERT, 1994).

Nos tempos atuais, verifica-se uma progressiva desoneração do Estado quanto aos serviços que não se enquadram no rol de atividades estatal. O Estado deve concentrar-se na prestação de serviços básicos – saúde, educação, segurança pública, saneamento – bem como no estabelecimento conjunto com a sociedade das prioridades de atendimento. Mas, para bem realizar esse trabalho e efetivamente estar capacitado para atender às necessidades cada vez maiores da população, o Estado precisa estabelecer canais amplos de interlocução com a sociedade, viabilizando a democratização da participação na gestão das políticas e o controle público das mesmas.

Enfim, a dinâmica do mundo moderno traz consigo grandes mudanças na sociedade, fazendo-se necessário repensar o papel do Estado, principalmente em um cenário onde os avanços da tecnologia são fortemente destacados. As novas demandas da sociedade exigem do Estado maior qualidade nos serviços prestados, modernização das práticas de gestão pública e uma nova concepção da relação com a sociedade civil.

Como discute Keinert (1994, p.46):

*“este novo cenário exige gestores públicos capacitados na arte de administrar democraticamente e gerenciar a participação da comunidade. A competência política para conciliar demandas sociais e conviver com as relações de poder entre Estado e sociedade precisa ser aliada à capacidade técnica para definir prioridades e metas, formular estratégias e gerir recursos escassos”.*

Nesse sentido, é exigível que uma nova filosofia de gestão possibilite a afirmação destas mudanças, introduzindo valores democráticos e atualizando os mecanismos de gestão; e, através de aspectos éticos, da participação da sociedade e da democratização da informação, criar e sugerir novas alternativas (KEINERT, 1994).

Por meio de novos desenhos institucionais, novos mecanismos de gestão (como os Conselhos Gestores) e novas formas de controle, a reforma tende a contribuir não apenas para o aumento da eficiência do aparato público, mas ainda para sua maior transparência e democratização.

### **2.1.1 Descentralização do poder estatal**

A partir dos anos 80, o debate sobre a eficácia da gestão das políticas sociais deu destaque à descentralização, como instrumento que permite tornar o poder mais transparente e susceptível ao controle público.

A descentralização é entendida como um processo de transferência de poder dos níveis centrais para os periféricos. Não é um conceito novo na literatura especializada, e, especificamente no caso do Brasil, surge como reivindicação dos movimentos sociais pela democratização e reforma da estrutura de poder (ARRETCHE, 1999).

Não se deve confundir democratização e participação com descentralização. Esta é um "processo de redistribuição do poder decisório estatal em suas dimensões funcionais ou territoriais", mas não terá sentido se não vier acompanhada pela presença da sociedade civil (ROFMAN, 1990).

Mintzberg (1995) aponta três maneiras distintas de utilização do termo descentralização. É designada descentralização vertical toda dispersão do poder formal pela cadeia hierárquica abaixo. Em se tratando da extensão na qual os não administradores controlam o processo de tomada de decisão, tem-se a descentralização horizontal. E por último, a descentralização por dispersão física dos serviços, isto é, a descentralização para muitos locais próximos aos usuários.

A descentralização, como um processo que se define de maneira dialética em relação à centralização, é a possibilidade de levar a decisão sobre as políticas públicas para o âmbito local, para próximo de seus destinatários.

No âmbito dos Conselhos Gestores locais, visualiza-se como se dá a descentralização da gestão das políticas públicas na esfera municipal. Em

nosso país, o município é um ente da federação e, como tal, possui competências definidas pela Constituição para gerenciar essas políticas e as demandas de interesse local (CONSTITUIÇÃO FEDERAL/1988, 2000).

Desse modo, o município passa a desempenhar um novo papel, não dependendo de transferência de poder dos outros níveis de governo, o que agiliza a administração local e impulsiona o seu desenvolvimento. Entretanto, apenas o poder formal não é o bastante se os municípios não dispõem dos recursos financeiros necessários à implementação das políticas, os quais estão, na maioria das vezes, nos níveis federal e estadual.

A perspectiva progressista aborda a descentralização como uma estratégia para reestruturar o aparato estatal, tornando-o mais ágil e eficaz, democratizando a gestão através da criação de novas instâncias de poder e redefinindo as relações Estado/sociedade (ARRETCHE, 1996). Os novos canais de interlocução entre população e Estado passam a constituir um importante instrumento da gestão pública, evidenciando surpreendentes aspectos da dinâmica política da sociedade.

Com o processo de descentralização, a prestação de serviços públicos locais fica a cargo das ações municipais. Esse novo cenário aponta para a necessidade de se reformular as tradicionais formas da administração pública, compartilhando com a sociedade civil a gestão dos negócios públicos. A descentralização promove a inclusão de segmentos representativos da população, nos espaços de deliberação pública onde os interesses da comunidade são discutidos, de modo que a sociedade passa a compartilhar com o poder público as responsabilidades pela gestão das políticas. Essa nova estrutura de gestão possibilita uma ação governamental mais eficiente, uma relação intersetorial mais coordenada nas áreas de atuação pública, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida à população.

Desse modo, o processo de descentralização passa a contribuir não apenas para melhorar a eficácia da gestão das políticas públicas, mas também para a consolidação da cidadania, da transparência e da democracia.

## **2.2 A construção da participação popular**

Na década de 90, houve uma generalização do tema da “participação”. Os mais diversos atores sociais, públicos ou da sociedade, reivindicavam e apoiavam a participação social, a democracia participativa, o controle público sobre o Estado e a realização de parcerias entre o poder público e a sociedade civil.

Porém, participação, democracia, controle público, parceria são conceitos com significado diferente para os diversos atores e têm, para cada um deles, uma construção histórica diferente. A generalização e essa divergência de significados impõem a necessidade de se refazer alguns percursos que construíram conceitos e práticas de participação social no nosso país. Inicialmente, pode-se dizer, no entanto, que a participação democrática nas arenas públicas que definem os interesses da sociedade brasileira tem sido conquistada a duras penas por esta mesma sociedade (DOIMO, 1995).

O Estado brasileiro constituiu-se dentro de uma tradição patrimonialista, cultivando relações corporativas com grupos privilegiados e excluindo a grande maioria das pessoas. Desde os primórdios da história política do Brasil que o povo é mantido à margem do sistema político. Essa exclusão é fruto de uma cultura autoritária e privatista que permite a grupos privados a apropriação do público e que está enraizada na tradição política brasileira, porém ela não se dá sem a resistência de grupos mobilizados da sociedade e de movimentos sociais que lutam em prol da participação política popular e da inclusão de setores menos favorecidos da sociedade (CARVALHO, 1987).

A participação conquistada, ao longo do tempo, pelos diversos tipos de movimentos que marcaram a história de luta política pela democratização e inclusão, em nosso país, evidenciou, em seus respectivos contextos, o próprio povo, como protagonista das conquistas. Assim, ocorreu com as primeiras resistências indígenas e negras, passando pelas lutas abolicionistas, pela Independência, pela guerra de Canudos, pelas revoltas urbanas contra a miséria e pelos movimentos operários.

A década de 70 foi um período marcado por profundas mudanças econômicas e políticas, que provocaram a emergência vigorosa de novas demandas sociais. O Estado autoritário, que se estabeleceu com o regime militar, extinguiu os espaços de expressão e de negociação de interesses e conflitos existentes até então (O'DONNELL, 1976). Neste contexto de ausência

de canais de interlocução e de insatisfação com o regime político instalado, surgem novas mobilizações como a dos metalúrgicos do ABC paulista, os movimentos estudantis, os movimentos ligados às pastorais da Igreja Católica e a da própria classe artística e intelectual do país. Diante da ausência de espaços legítimos de negociação de interesses e conflitos, esses movimentos tiveram como reivindicação comum a abertura de novos espaços ou arenas para a ação política (SADER, 1988). Desse modo, nos anos 70 e 80 vivenciou-se uma fase de irrupção muito vigorosa de novos movimentos sociais, que se organizavam como espaços reivindicativos de oposição às relações de subordinação, de tutela ou de cooptação pelo regime instituído (SADER, 1988). A partir desses movimentos, emerge-se uma nova cultura de participação popular, que se multiplica pelo país abrangendo as mais variadas formas de organização popular.

Com essa nova cultura participativa, construída pelos movimentos sociais, há o surgimento de novos temas na agenda pública, a conquista de novos direitos e o reconhecimento de novos sujeitos de direitos (CONSTITUIÇÃO/1988, 2000).

A emergência dos chamados novos movimentos sociais, que se caracterizou pela colocação de novos temas na agenda política, pela conquista do direito a ter direitos, e do direito a participar da gestão da sociedade, culminou com o reconhecimento, na Constituição de 1988, em seu artigo 1º, parágrafo único, de que “Todo poder emana do povo, que o exerce indiretamente, através de seus representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” (CONSTITUIÇÃO/1988, 2000, p.13). A Constituição prevê a participação direta dos cidadãos através dos chamados institutos de democracia direta ou semi-direta como o plebiscito, o referendo, a iniciativa popular de lei, os Conselhos e outros canais institucionais de participação popular.

### **2.3 A democratização da participação**

A partir da promulgação da Constituição de 1988 e ao longo da década de 90, as reivindicações dos movimentos sociais pela participação na gestão pública ficam cada vez mais evidentes. As reivindicações passam a objetivar a ampliação de direitos já definidos, a participação na gestão de direitos e interesses, na definição do tipo de sociedade em que se querem incluídos e da

construção de uma nova relação da sociedade com o Estado (DAGNINO, 1994).

Passam a fazer parte do reordenamento institucional que se segue à Constituição e à própria Constituinte diversas reivindicações das lutas dos movimentos sociais. Destaca-se a descentralização no sistema de saúde no país, implementando a gestão compartilhada e o controle público das políticas de saúde, que se articula desde os Conselhos Gestores locais até o Conselho Nacional de Saúde (CARVALHO, 1995). Também mereceu atenção da Assembléia Constituinte a questão da reforma urbana, objeto de luta de movimentos pela função social da propriedade e da cidade, que foi regulamentada em capítulo constitucional, que prevê o planejamento e a gestão participativa das políticas urbanas, abrindo espaços de co-gestão nas esferas governamentais (SOMARRIBA, 1996).

A mobilização da sociedade organizada nas áreas de assistência social, de defesa dos direitos da criança e do adolescente, redefinindo de maneira mais universal e democrática essas políticas e possibilitando o controle através de mecanismos de participação institucionalizados, como os Conselhos Gestores, foi também uma conquista que merece destaque. É preciso salientar, ainda, os orçamentos participativos, que trazem à tona o debate do orçamento municipal, provocado por movimentos sociais, que passaram a ser adotados por dirigentes municipais comprometidos com a eficácia na aplicação dos recursos públicos, com a transparência da gestão orçamentária e com a legitimação e a democratização do governo.

Participar da gestão das questões que dizem respeito ao destino da sociedade é uma conquista que se efetiva a passos lentos. O Estado brasileiro, tradicionalmente caracterizado pelas relações de vínculo com as elites, começa timidamente a ceder espaços, tornando-se mais permeável a uma sociedade civil organizada e articulada, que constitui espaços públicos nos quais reivindica opinar e interferir sobre a política, sobre a gestão do destino comum da sociedade.

A participação na gestão dos interesses coletivos passa então a adquirir também o significado de participação no governo da sociedade, em disputar espaço no aparato governamental, nos espaços de definição das políticas públicas. Significa por em questionamento o monopólio do Estado como gestor da coisa pública. Significa construir espaços públicos não estatais, afirmando a

importância do controle público sobre o Estado, da gestão participativa, da co-gestão, dos espaços de interação entre Estado e sociedade (GENRO, 1995). Essa é a proposta de participação social que se consolida no Brasil na década de 90.

A ampliação da cidadania para além dos limites dos direitos regulamentados, o exercício da cidadania ativa permitindo bem mais que o exercício do sufrágio universal do voto, a disseminação de novos canais democráticos, viabilizando a possibilidade de participação da sociedade, são conquistas dos movimentos sociais que quebram uma cultura de exclusão, e abrem caminho para a democratização e a participação nas arenas públicas.

O aumento das possibilidades de gestão participativa das políticas públicas não estagna, porém, o sentido da participação, embora talvez seja sua dimensão principal, nos anos 90. A participação na gestão dos interesses públicos da sociedade significa, ainda, a explicitação de diferenças e conflitos, a disputa na sociedade pelos critérios de validade e legitimidade dos interesses em questão, os parâmetros sobre o que é justo e injusto, certo e errado, permitido e proibido, o razoável e o não razoável, significa superar posturas privatistas e corporativas arraigadas e construir uma visão plural de bem público. Participar da gestão dos interesses da sociedade é participar da edificação da esfera pública, é consolidar novos espaços de poder (TELLES, 1994).

Tão importante quanto a construção dos espaços de gestão participativa é a construção de uma cultura participativa, que admite, reivindica e valoriza a participação direta e o controle público por parte dos usuários e outros segmentos interessados nas políticas públicas, por meio de mecanismos e instrumentos de governança.

A governança democrática engloba toda tentativa de radicalização dos mecanismos e instrumentos de democracia local (SANTOS JR., RIBEIRO & AZEVEDO, 2004). São padrões de interação entre governos locais e atores sociais que estabelecem diretrizes, diagnosticam e coordenam ações públicas, a partir de fóruns híbridos, instalados na estrutura de Estado. Estes mecanismos formados por representantes governamentais, por representantes da sociedade civil, com poderes consultivos e/ou deliberativos, possibilitam aos diversos segmentos organizados da sociedade o acesso a arenas de decisão política onde os interesses da comunidade são alvos de discussão. Estes

instrumentos participativos vêm, portanto, redefinindo os espaços de gestão das políticas públicas, com a adoção do controle público e da gestão compartilhada. Na prática, os Conselhos Gestores deram grande visibilidade a esta proposição.

A intersetorialidade também figura como elemento da governança democrática, sendo entendida como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, execução e avaliação de ações, de modo a alcançar sinergia para o desenvolvimento social. Ela estabelece uma nova forma de gestão da coisa pública, que passa pela identificação dos problemas e pela solução conjunta dos mesmos, promovendo a integração entre setores (MARTINS et al., 2008).

O contexto da governança democrática requer o entendimento da governança como uma nova geração de reformas, que têm como objeto a ação conjunta, levada a efeito de forma eficaz, transparente e compartilhada, tanto pelo Estado como pela sociedade, visando uma solução inovadora dos problemas sociais e criando possibilidades de um desenvolvimento futuro vigoroso para todos os participantes (LÖFFER, 2001:212).

Ao aplicar os mecanismos de governança no âmbito da gestão pública participativa, tem-se uma forte tendência a adotar o formato do controle público na administração. A institucionalização dos Conselhos Gestores criou uma nova concepção de controle e gestão das políticas públicas, que passam a ser exercidos com o auxílio de segmentos organizados da sociedade. A participação, através dos Conselhos, apresenta a grande vantagem de conseguir agregar as necessidades, experiências, prioridades e proximidade dos cidadãos para com o processo de formulação e execução das políticas públicas, principalmente no âmbito municipal (SANTOS JR., RIBEIRO & AZEVEDO, 2004).

A governança, na esfera municipal, é assim uma forma autônoma de coordenação e cooperação, por meio de redes inter-organizacionais, que podem ser formadas pelas mais distintas e variadas organizações.

Se o conceito de governabilidade remete às condições sistêmicas sob as quais se dá o exercício do poder, ou seja, aos condicionantes do exercício da autoridade política, governança qualifica o modo de uso dessa autoridade. Compreende, portanto, além dos canais de interlocução do Estado com a sociedade, no que diz respeito ao processo de definição, acompanhamento e

implementação de políticas públicas, as questões político-institucionais de tomada de decisões (COELHO & DINIZ, 1995). Sendo assim, a natureza da relação entre Estado e sociedade afeta os níveis e as formas de governança do Estado.

## **2.4 Conselhos Gestores**

Os Conselhos de gestão de políticas públicas são órgãos colegiados e paritários entre governo e sociedade. Disseminaram-se pelo Brasil na década de 1990, a partir de sua regulamentação constitucional, materializando a ampliação da participação da sociedade nos espaços públicos. Sua importância para o debate sobre o aprofundamento do processo democrático aumenta na medida em que se observa a sua presença nos três níveis de governo e, de forma especial, no âmbito dos municípios (SANTOS, 2000). A pressão exercida pelos movimentos organizados da sociedade em busca de uma participação no sistema político gerou uma demanda (*input*) por uma política pública que atendesse a esta necessidade. O Conselho Gestor foi um *output* resultante da atividade política, materializado e institucionalizado por meio dos mecanismos legais vigentes pós-ditadura militar.

Os Conselhos Gestores possibilitam a participação da sociedade civil nas discussões sobre o planejamento e na gestão das diversas políticas estatais responsáveis pela promoção de direitos fundamentais centrados em diferentes áreas: saúde, assistência social, educação, trabalho, moradia, dentre outros.

De acordo com Gohn (1997) *apud* Santos (2000, p.137-138), "o escopo de deliberações dos Conselhos é bastante amplo. Suas decisões devem incidir sobre o formato das políticas públicas e sobre as estratégias e diretrizes para implementação das mesmas". Por isso, devem, além de definir metas e diretrizes políticas em relação à universalização de direitos e às políticas de atendimento estabelecidas nos direitos sociais, deliberar sobre o formato de gestão de maneira a garantir o controle público sobre o governo (SANTOS, 2000).

Nesse sentido, o Conselho tem a prerrogativa de aprovar ou não a realização de convênios, impedir a prestação de serviço de determinada instituição que não obedecer aos requisitos previstos em lei, aceitar ou rejeitar as prestações de contas dos gastos orçamentários, definir procedimentos de

democratização de informações e das decisões, por meio da universalidade do acesso às atividades e ações do governo (SANTOS, 2000). Eles, ainda, fortalecem o processo descentralizador das políticas sociais, na medida em que viabilizam a produção, o acompanhamento e o controle das políticas pelos próprios cidadãos.

A competência de cada Conselho Gestor reserva a tais órgãos a prerrogativa de intervir na promoção, defesa e divulgação dos direitos e interesses coletivos relacionados às suas áreas específicas de atuação, conforme os moldes previstos na legislação que os constituiu. Dessa forma, os temas discutidos por um Conselho devem ser todos voltados ou interligados à sua área de atuação, conforme o setor público objeto de seu funcionamento, não obstante a possibilidade de interface com outros conselhos, no caso de discussões de políticas intersetoriais.

Nos Conselhos estão representadas entidades governamentais e não-governamentais, através de seus representantes designados ou eleitos pelas mesmas.

Os Conselhos Gestores estão presentes nas três esferas de governo. No âmbito federal, as áreas básicas dos conselhos são: educação, saúde, assistência social, criança e adolescente, habitação e emprego. No âmbito dos municípios, tem-se contemplado, ainda, outras áreas como: política urbana, política agrícola, cultura, negro, portadores de deficiências físicas, idosos, meio ambiente e direito das mulheres (GOHN, 2003). A instituição dos Conselhos Gestores nos municípios torna-se muito importante, haja vista que há repasses de verbas do governo federal e do governo estadual para os municípios, que estão condicionados a criação dos mesmos, nas respectivas esferas.

Os Conselhos são fundamentais para que a sociedade possa identificar e expressar quais são seus reais interesses e quais as políticas identificadoras do bem comum, através da prestação de serviços públicos. Esses mecanismos de fortalecimento do controle e de cooperação na gestão das políticas não significam o engessamento da Administração Pública, mas a ampliação do debate, através desses canais de comunicação, para a concretização dos aspectos democráticos, nos padrões da democracia participativa.

### **2.4.1 Conselho Municipal de Saúde**

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é órgão de instância colegiada e deliberativa e de natureza permanente, criado através de lei municipal, em consonância com as disposições legais contidas nas Leis Federais de números 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e na Resolução de número 333, de 4 de novembro de 2003 do Conselho Nacional de Saúde (REGIMENTO INTERNO CMS, 2007).

O respectivo Conselho tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de controle social em toda sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado (REGIMENTO INTERNO CMS, 2007).

O CMS é composto por representantes dos usuários do sistema único de saúde, dos gestores da saúde, dos trabalhadores de saúde e dos prestadores de serviços de saúde. É garantida aos representantes dos usuários a paridade em relação ao conjunto dos demais segmentos, isto é, a metade dos assentos no conselho cabe às entidades que representam os usuários.

Este Conselho possui atribuições deliberativas, tendo, portanto, o poder de discutir e decidir sobre os rumos das políticas de saúde executadas pelo governo local. A prerrogativa deliberativa dá ao conselho mais respaldo para o exercício de sua função de controle dos atos da administração pública.

As deliberações do CMS, observado o quorum estabelecido, serão tomadas pela maioria simples dos conselheiros presentes às reuniões. As reuniões ordinárias acontecem mensalmente e as extraordinárias por convocação do presidente ou, ainda, por requerimento da maioria absoluta dos conselheiros (REGIMENTO INTERNO CMS, 2007).

E por último, é importante lembrar que o conceito de saúde não se resume apenas a ausência de doenças e sim a vários outros fatores relacionados às condições de vida, tal como moradia, emprego, saneamento, nível educacional, água tratada, condições de alimentação e tantos outros. Daí, a relevância de ressaltar a função articuladora do Conselho de Saúde com os demais conselhos, no sentido da cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento dos serviços e programas destinados à população.

## **2.4.2 A participação efetiva nos Conselhos: obstáculos e potencialidades**

A participação democrática, para fins deste trabalho, será analisada sob os aspectos das práticas participativas nas quais há um compartilhamento da gestão pública entre o Estado e a sociedade.

De todos os mecanismos de participação social e controle público, talvez, possa-se afirmar que o Conselho Gestor é o mecanismo mais enraizado na reivindicação dos movimentos sociais.

O enraizamento dos Conselhos nas lutas populares e democráticas lhes dá uma qualidade especial enquanto um dos mecanismos de participação mais permanente, que resistem às mudanças e aos diferentes graus de abertura dos governos à participação social. Há Conselhos sólidos e democráticos, instituídos a partir de iniciativas sociais, que persistem na sua atividade, mesmo sem contar com apoio significativo do governo. Muitos deles funcionam sem pessoal próprio e estrutura física adequada. Estes recursos são necessários para que a estrutura administrativa dos conselhos funcione a contento e mantenha sua independência do poder executivo. São direitos que lhe são assegurados, porém, especialmente quando se relacionam com governos conservadores, somente são obtidos pela ação de conselheiros muito fortes, articulados e competentes. Os Conselhos, evidentemente, dependem de uma mínima contrapartida da parte governamental. Desprovido da participação dos representantes governamentais e sem um acesso mínimo às informações do governo, eles deixam de ser espaços de discussão e co-gestão dos interesses públicos, passando-se a espaços de luta social reivindicativa como os demais movimentos sociais (TEIXEIRA, 2000).

Atualmente, existem nos municípios brasileiros mais conselheiros que vereadores, o que nos dá a dimensão desta forma de participação popular, muito mais acessível aos cidadãos do que a tradicional representação parlamentar. Os Conselhos Gestores são instâncias de formulação de políticas que possuem um alto conceito de respeitabilidade, enquanto espaços transparentes e comprometidos com o interesse público. Eles constituem espaços que tornam a política mais pública, pelo menos naqueles onde há participação desprovida de interesses particulares e comprometimento com a democratização da gestão dos negócios públicos.

Existem pesados embates travados dentro dos Conselhos por causa da prática da defesa de interesses privados. Quando se pretende tomar decisões corporativas, clientelistas, costuradas com base em negociações políticas escusas, trata-se de boicotar, obstruir e desqualificar o Conselho. Esse comportamento privatista ocorre quando estão em jogo interesses de grupos ligados a empresas privadas, como, por exemplo, de medicina privada, da construção civil, do transporte público, da indústria e do comércio, das escolas particulares ou das grandes entidades assistenciais.

Para que os interesses públicos prevaleçam exige-se transparência, o livre acesso às informações da gestão estatal e do que se passa no governo. Ainda que não acumule poder para enfrentar as distorções da política, esta transparência relativa e este conhecimento da máquina e dos caminhos da política já são importantes conquistas democráticas da sociedade. A publicização da arena política, o fortalecimento de um sentido de interesse público, tanto na sociedade civil quanto nos governantes é uma das mais importantes potencialidades dos Conselhos como democratizadores da participação política (GOHN, 2003).

É um obstáculo considerável para a eficácia dos Conselhos a falta de capacitação de seus membros com vista ao exercício mais qualificado da gestão das políticas sociais. Embora, os Conselhos sejam frutos das reivindicações dos movimentos pela ampliação da participação e democratização do campo público, é notório que grande parte das representações de movimentos e de outras entidades representadas nos Conselhos carecem de uma melhor qualificação para exercerem a contento as funções de conselheiro (GOHN, 2003).

Vale alertar, ainda, para o perigo de ver os conselheiros limitados a assuntos secundários, principalmente face à adoção, por governos, de políticas neoliberais, que têm como foco a redução dos gastos públicos, provocando geralmente cortes nos orçamentos, o que pode atingir os gastos públicos com políticas e programas sociais (DRAIBE, 1998). Esta política de desobrigar-se do social assenta-se numa postura sistemática de deslegitimação dos espaços de controle público, como os Conselhos Gestores das áreas sócio-assistenciais, inviabilizando a participação social na definição dos orçamentos dessas áreas.

Outro fator que limita a força dos Conselhos é a falta de mobilização da sociedade. É indispensável aos atores que participam desses espaços públicos contar com o respaldo social de suas bases representativas. Sem a mobilização da sociedade e de segmentos organizados, fragiliza-se a capacidade de pressão social que garantiria força, legitimidade e representatividade nas negociações de interesse público.

Também a grande proliferação de Conselhos acaba segmentando a participação social, setorizando o encaminhamento de políticas, reduzindo a capacidade da sociedade de ocupá-los todos com qualidade e, portanto, tornando-os menos efetivos (TEIXEIRA, 2000). Escolher e priorizar os espaços que permitem uma participação mais efetiva pode garantir maior qualidade nessa participação. O aperfeiçoamento dos Conselhos, como espaço de gestão participativa, deve levar também à superação dessa multiplicação de espaços estanques, construindo-se espaços de intersectorialidade entre Conselhos.

A análise dos obstáculos e potencialidades dos Conselhos aponta alguns desafios, bem como a ampliação e a consolidação de uma cultura democrática e sua tradução em métodos e procedimentos concretos, que potencializem a gestão compartilhada da sociedade.

A ampliação da eficiência e da eficácia dos espaços de gestão participativa supõe ainda romper a burocracia estatal e disseminar o saber técnico, centralizador de poder no aparato estatal. É necessário, também, romper a tendência de limitar a participação aos assuntos secundários, deixando de fora do debate democrático assuntos fundamentais (TEIXEIRA, 2000).

O clientelismo e o corporativismo, no âmago dos Conselhos, também não podem ser considerados como traços de uma cultura política do passado, pois eles ocorrem e se insinuam mesmo entre os novos espaços de democracia participativa, como os Conselhos.

Para assegurar a continuidade, a permanência e o aperfeiçoamento da democracia participativa é preciso priorizar práticas menos dependentes da iniciativa governamental, promover o fortalecimento do tecido social, identificando e capacitando as representações sociais e outros setores da sociedade, como associações profissionais, igrejas, sindicatos, clubes de serviços sociais, enquanto atores promovedores da cidadania. Contudo, o

aperfeiçoamento e a continuidade dos processos de gestão democrática e participativa também passam pelas contribuições que acabam acontecendo nas relações de conflito entre Estado e sociedade, nos espaços de deliberação política (GOHN, 2003).

## 2.5 Poder

A origem do termo poder provem da religião, das proezas e do prestígio militar, na força da organização profissional e no controle exclusivo de certas formas de conhecimento e qualificação (KAPLAN & LASSWELL, 1950).

A palavra poder é usada com muita freqüência no discurso cotidiano, automaticamente compreendida e raramente definida. É possível definir o poder de forma precisa, sem perder contato com o seu significado habitual.

No sentido mais geral, o poder pode referir-se a qualquer tipo de influência exercida por pessoas, coisas ou grupos, mutuamente. Em seu artigo na *International Encycloaedia of the Social Sciences*, Dahl (1968) diz que “os termos de poder na moderna ciência social referem-se a subgrupos de relações entre unidades sociais de tal modo que o comportamento de uma ou mais unidades depende, em certas circunstâncias, do comportamento de outras unidades”.

Conforme argumentam Kaplan e Lasswell (1950), o poder é “o fato de participar na tomada das decisões”: esta é uma conceituação corrente para toda a gama de teorias do tipo *decision-making process*. O viés fundamental desta concepção do poder é, por um lado, o de uma concepção voluntarista do processo das decisões, subestimando a eficácia das estruturas, e o de não poder localizar exatamente, por detrás das aparências, os núcleos efetivos de decisão, dentro dos quais funciona a distribuição do poder; por outro lado, o de adotar como premissa a concepção integracionista da sociedade, de onde deriva o conceito de participação nas decisões (POULANTZAS, 1977).

Na concepção de Bertrand Russell, o poder é definido como “a produção de efeitos pretendidos”, fazendo dele, assim, uma propriedade que pode pertencer a um indivíduo ou a um grupo em si. Porém, no sentido político, o poder não pode ser concebido como a capacidade de produzir efeitos pretendidos em geral, mas apenas aqueles efeitos que envolvam diretamente outros indivíduos: o poder político se diferencia do poder sobre a natureza como sendo o poder sobre outros homens (KAPLAN & LASSWELL, 1950).

Assim, o poder político se caracteriza pela capacidade que tem o ator ou grupo de atores políticos de modificar a conduta das pessoas.

O poder político é uma forma complexa que pressupõe sempre outras formas de poder, e embora naturalmente difira destas outras de maneira característica, possui também muitas características em comum com elas. Por exemplo, quando se fala em poder do Estado, não se pode entendê-lo se abstraído as formas de poder manifestadas em diversos tipos de relações interpessoais.

A definição de poder em termos de tomada de decisão adiciona um elemento importante à produção de efeitos pretendidos sobre outros indivíduos, qual seja, o recurso a sanções quando os efeitos pretendidos não se efetivem. A ameaça de sanções é que distingue o poder da influência em geral. O poder é um caso particular do exercício da influência, ele é o processo de afetar as políticas dos outros com o auxílio de sanções negativas, caso as pessoas não se conformem com as políticas pretendidas. Porém, isto não significa que o poder é exercido com o emprego da força, no sentido de violência (KAPLAN & LASSWELL, 1950).

Estando o poder compreendido na influência, pode-se falar de seu peso, alcance e domínio nos sentidos definidos para o exercício da influência. O seu peso está relacionado ao grau de participação na tomada de decisões, seu alcance consiste nos valores cuja formação e fruição são controlados e o domínio consiste no poder que é exercido sobre as pessoas. Todos estes atributos dão sustentação à noção de magnitude de poder. Desse modo, um aumento ou uma diminuição de poder pode evidenciar uma alteração do seu peso, seu alcance, ou ainda, do seu domínio (KAPLAN & LASSWELL, 1950).

Ainda segundo Kaplan e Lasswell (1950), exercer influência é afetar as políticas dos outros quanto ao seu peso, alcance e domínio. O valor de base de uma relação de influência é aquele que é a condição para o exercício da influência em questão. A base de poder é o valor que condiciona a participação no processo de tomada de decisão em um caso específico. A eficácia da influência provem do seu valor de base. O exercício da influência pode repousar sobre o bem-estar do indivíduo, sobre a força física daquele que a exerce, como também, pode depender da riqueza, da qualificação ou da ilustração. Sendo o poder um tipo de influência, a definição também se aplica ao valor de base para o poder. Assim, um detentor de poder pode ter o seu

poder atrelado à sua riqueza, aos seus conhecimentos, à sua popularidade e carisma, à sua reputação, ou até mesmo, a uma posição privilegiada com relação a qualquer valor.

É importante ressaltar e reconhecer que o poder pode repousar sobre as mais variadas bases, que diferem não apenas de uma cultura para outra, bem como, dentro de uma mesma cultura.

O poder foi definido, pela grande maioria dos teóricos da sociologia, como um tipo específico de relação entre pessoas, objetos e grupos (MARTIN, 1978). A definição de Weber (1954) permanece sendo a mais influente: “poder é a probabilidade que um ator tem de realizar sua própria vontade apesar de resistências, e a despeito da base em que se fundamenta essa probabilidade”.

Para French e Raven (1960), o poder é a capacidade que tem uma pessoa ou grupo de exercer influência sobre o outro dentro de um determinado sistema.

Dahrendorf (1959), adepto da definição weberiana, diz que o poder é

“uma propriedade contingencial, uma propriedade de indivíduos e não de estruturas sociais: a diferença importante entre poder e autoridade consiste no fato de que, enquanto o poder está essencialmente ligado à personalidade dos indivíduos, a autoridade é sempre associada com posições ou papéis sociais... o poder é uma relação fatural, a autoridade é uma relação legítima...”.

Segundo Blau (1967), o poder é definido como

“a capacidade de pessoas ou grupos imporem sua vontade a outros, apesar da resistência, por meio da repressão, seja na forma de reter recompensas proporcionadas regularmente, ou na forma de castigo – ambas, na verdade, constituem formas de sanções negativas”.

A definição weberiana e de seus adeptos, apesar do uso bastante generalizado, sofrem de várias debilidades. Conforme ressaltou Parsons (1967), a suposição de conflito e antagonismo faz parte da definição: A supera a resistência de B, estando implícito que os interesses de B estão sendo sacrificados em detrimento dos interesses de A. Desse modo, ignora-se a possibilidade de que relações de poder sejam relações de conveniência recíproca, ou seja, o poder pode ser utilizado como um recurso facilitador para a realização dos objetivos tanto de A quanto de B. Elevado a um nível societal, o poder pode ser visto como um meio generalizado para a realização de metas coletivas, ao invés de ser considerado como meios específicos para a

satisfação de interesses particulares ou de pequenos grupos. Na concepção de Weber essa possibilidade não existe.

Outra questão importante a ser levantada na definição weberiana de poder é que ela transpõe uma propriedade de interações, de interrelações, para uma propriedade de atores. Weber não define o termo poder, e sim, lança as bases para uma comparação entre os atributos dos atores, isto é, estes se mostram mais ou menos poderosos na medida em que a probabilidade de obter a conformidade com seus objetivos aumenta ou diminui (MARTIN, 1978).

Numa outra perspectiva de conceituação do poder, de modo a se evitar uma definição em termos de conflito, Parsons inovou ao definir completamente diferente a noção de poder. Ele se recusou a considerar o poder como sendo, essencialmente, uma ação imposta por um ator a um outro. Segundo Parsons (1967), a aplicabilidade do poder político é uma capacidade generalizada, que consiste em obter que os cidadãos cumpram obrigações legitimadas em nome da coletividade, e que, eventualmente, permite forçar o recalcitrante através de sanções negativas. Esta visão do poder minimiza a coercitividade e elimina o caráter dissimétrico, não igualitário, hierárquico característicos da concepção weberiana. Na verdade, Parsons considera errônea toda compreensão do poder que o restrinja a uma situação marcada pela desigualdade e, portanto, pelo menos potencialmente, conflituosa. Para ele, ter o poder não é, basicamente, estar em condições de impor a própria vontade contra qualquer resistência, mas sim, dispor de um capital de confiança tal que o grupo delegue aos detentores do poder a realização das finalidades coletivas. Em suma, é dispor de uma autoridade, sem que esta autoridade implique uma idéia de coerção.

Na filosofia política de Hegel, também se encontra a mesma vontade de dissolver o poder. O autor nunca deixa de insistir na diferença existente entre o poder de Estado, por um lado, e por outro, a potência pura e simples e o puro arbítrio do despotismo. Para o déspota, vale como lei, a vontade própria e caprichosa; enquanto o poder de Estado persegue fins públicos e coletivos, exercendo o poder por meio da coercitividade apenas excepcionalmente (LEBRUN, 1984).

Como diz Martin (1978), a nova definição de Parsons não soluciona as dificuldades da definição weberiana e seus derivados e, cria, por outro lado, mais dificuldades, pois usa o consenso onde Weber utilizava o conflito.

Dessa forma, as duas principais correntes nas discussões contemporâneas do poder, a weberiana e a parsoniana, apresentam suas respectivas debilidades. Contemplando o elemento do conflito em seu conceito, weber desprezou a possibilidade de relações de poder mutuamente convenientes. Além disso, entendendo o poder como uma capacidade, transformou o atributo de uma relação específica em uma facilidade generalizada, confundindo forma com substância. Por sua vez, a definição de Parsons sofre do problema oposto, ou seja, ao definir o poder em termos de consenso e legitimidade, ele coloca de lado os problemas que os demais estudiosos do tema vêm tentando solucionar (MARTIN, 1978).

Finalizando, é importante lembrar que os fundamentos do poder podem variar de uma época para outra, com interesses que movem a humanidade e os aspectos da vida aos quais se atribuem importância preponderante, principalmente em tempos tão dinâmicos como os que se vive na atualidade.

### **2.5.1 O método posicional e o método decisional**

Em sua obra, *A elite do poder: militar, econômica e política*, Wright Mills procura demonstrar a existência, nos Estados Unidos, de uma elite do poder, que era composta pelas elites militar, econômica e política. Como diz o autor, esta elite do poder não possui o poder, pois o mesmo não é inerente a ela, contudo usufrui deste atributo devido às posições estratégicas que ocupa dentro das instituições. Para Wright Mills (1985), a elite do poder são aqueles indivíduos que se encontram no topo das principais hierarquias e instituições da sociedade. O poder não é de um homem e exige instituições como meio através do qual é exercido.

Assim, de acordo com Wright Mills (1985), o poder de tomar as decisões encontra-se nas mãos daqueles indivíduos que ocupam as posições institucionais estratégicas na sociedade moderna. Por exemplo, são os que ocupam posições na direção das instituições, os que dirigem a máquina social do Estado ou, ainda, os que ocupam postos de comando de organizações diversas da sociedade. O procedimento para saber quem tem o poder no processo de tomada de decisão, em análise consistiria, então, primeiramente, em identificar essas posições estratégicas de mando e, a seguir, fazer aquilo que Mills chama de “sociologia das posições institucionais” (Wright Mills, 1985). A partir dessa teoria, Mills desenvolve o método posicional. A base de

constituição deste método está na razão direta das posições que os homens ocupam nas instituições da sociedade. Esse procedimento simples, mas eficaz, consiste em identificar as posições formais de mando numa comunidade, numa instituição ou demais organizações e, em seguida, discriminar seus ocupantes.

Neste trabalho, as posições-chave envolvem o cargo de secretário municipal de saúde, o presidente e membros da mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde, conselheiros dirigentes de entidades prestadoras de serviços de saúde e conselheiros dirigentes de organizações e associações em geral da sociedade.

O método decisional, desenvolvido por Dahl, se contrapõe ao método posicional. Segundo Dahl (1970), o método posicional comete um grande equívoco por atribuir poder a alguém apenas pelo fato de ocupar um posto estratégico.

Conforme o método decisional, exerceria o poder aquele indivíduo ou grupo que, num processo decisório específico e conflituoso, fizesse com que as suas preferências predominassem sobre as preferências dos demais.

Assim, se o poder é o poder de decidir, somente o estudo de alguns processos decisórios concretos revelaria ao analista os indivíduos ou grupos sociais capazes de exercer o poder (DAHL, 1970; POLSBY, 1963).

As sociedades atualmente possuem um alto grau de complexidade e acredita-se ser pouco provável que não haja a institucionalização do poder, quer dizer, que os indivíduos que detêm posições estratégicas dentro de uma instituição não possuam poder. Por outro lado, é preciso observar que não são somente estes que exercem o poder, pois os recursos seriam distribuídos de forma desigual, acarretando uma estratificação social, entre os detentores de poder e os que não possuem poder (PUTNAM, 1976)

Apesar de bastante persuasivo, o método decisional não livrou-se das críticas também contundentes, desenvolvidas em duas direções.

Alguns autores observaram que a análise de processos decisórios, tal como feita por Dahl, não era suficiente para identificar os detentores de poder de uma comunidade, e isso por duas razões. Primeira, aqueles que participam diretamente do processo decisório podem decidir levando em conta os interesses de grupos exteriores a este processo. Nesses casos, temendo as punições que sofreriam caso não atendessem a contento os interesses do grupo em questão, os decisores antecipar-se-iam a qualquer ordem expressa,

evitariam qualquer tipo de resistência frontal e, por conseguinte, acabariam satisfazendo aos anseios dos “verdadeiros poderosos”. Segunda, o processo decisório seria apenas o resultado visível de um processo social e político anterior que consistiria na mobilização consciente por grupos dominantes de uma série de mitos e valores e mesmo de recursos de força que, pela estigmatização, desqualificação ou simples repressão, excluiriam da agenda pública uma série de temas, simplificando o processo decisório a um conjunto de questões mais seguras.

O segundo tipo de crítica feita ao método decisional representou um rompimento epistemológico com a tradição weberiana, já que, na análise do poder, seus autores preferiram adotar uma perspectiva estruturalista. Os autores associados a essa nova perspectiva refutaram a proposta de sintetizar o fenômeno do poder a uma interação entre agentes conscientes de suas preferências subjetivas. A noção de poder passou a ser vista como um conjunto de relações sociais institucionalizadas, isto é, capazes de se interiorizarem nos valores e nas percepções dos atores sociais que, assim, por intermédio de suas ações, reproduziriam relações essencialmente hierárquicas, produtoras de uma distribuição desigual e regular de recursos de natureza diversa (econômico, político, simbólico, cultural etc.). Na visão dessa corrente teórica, não se trata de negar a existência de ações estratégicas e conscientes por parte dos atores sociais, mas sim de afirmar que tais ações são a parte visível de uma dimensão inconsciente da ação social, isto é, aquela produzida por longos processos de socialização a que os indivíduos estão submetidos e que definem para eles a razoabilidade de determinados objetivos a serem perseguidos. Obviamente, a operacionalização metodológica dessa noção do poder é muito mais complexa do que a análise de conflitos observáveis no processo decisório.

Neste trabalho, foi feita a opção pela utilização dos métodos posicional e decisional, haja vista que, apesar de abordarem o poder sob óticas diferentes, ambos não são excludentes. Pelo contrário, complementam-se e suprem lacunas reciprocamente. Outro fato importante, que corrobora suas escolhas é que ambos possibilitam a operacionalização metodológica com menor complexidade que outros métodos.

### 3. METODOLOGIA

De modo a alcançar os objetivos propostos, foi realizada uma análise, quanto à questão do poder, no interior dos Conselhos Municipais de Saúde, instituídos nos municípios mineiros de Viçosa e Ubá. Esses dois municípios são pólos microrregionais de saúde na zona da mata norte mineira, além de se destacarem nacionalmente como pólo em educação superior e pólo industrial moveleiro, respectivamente.

Na escolha da área (Saúde), levou-se em consideração o momento crítico pelo qual atravessa esse setor, no que tange ao atendimento das necessidades da população, em especial, a universalidade do atendimento, a qualidade dos serviços prestados e o acesso aos serviços de saúde. Além disso, o fato de ser a saúde um direito social expresso na Constituição Federal, e que concentra um grande número de programas sociais e repasses de recursos financeiros tanto da União quanto do Estado.

O processo de amostragem é constituído de forma que as conclusões obtidas a partir da caracterização da amostra sejam generalizáveis para a população teórica. Este processo de generalização das conclusões obtidas pelo estudo da amostra para a população designa-se por inferência estatística.

A seleção da amostra dos conselheiros se deu através de amostragem probabilística, que são amostras obtidas de forma aleatória. Especificamente, foi utilizada a amostragem aleatória estratificada, proporcional ou por cotas, que é um tipo de amostragem onde a população do estudo é dividida em subgrupos homogêneos. Este tipo de amostragem garante assim a representatividade de todos os grupos eventualmente *suigeneris* existentes na população teórica (MAROCO, 2007).

A população dos conselhos de saúde de Viçosa e de Ubá (CMS) corresponde, respectivamente, a 28 e 33 conselheiros, representando um total de 61 membros. A amostra selecionada para a aplicação de questionários no CMS Viçosa compreendeu 19 conselheiros, e no CMS Ubá, 20 conselheiros, somando um total de 39 elementos amostrais.

Para a classificação da pesquisa, foi considerado o critério adotado por Vergara (1997), que a qualifica em relação a dois aspectos: quanto aos fins e quanto aos meios. A pesquisa caracterizou-se, quanto aos fins, como

exploratória e descritiva. Exploratória porque foi realizada em uma área que existe pouco conhecimento acumulado. Descritiva porque evidenciou características de determinada população ou de determinado fenômeno. Quanto aos meios, a pesquisa foi bibliográfica, documental e de campo.

A coleta de dados primários foi realizada por meio de: i) aplicação de questionários semi-estruturados aos membros dos Conselhos em análise; e ii) observação direta de reuniões mensais do conselho.

A pesquisa fez uso dos dois métodos descritos no referencial teórico, quais sejam, a do método posicional e a do método decisional. Através da aplicação do questionário, procurou-se identificar os grupos de conselheiros que detêm o poder no processo decisório do Conselho Municipal de Saúde. O questionário proporcionou ainda a obtenção de informações que permitiram o delineamento do perfil do conselho, através do levantamento de informações pertinentes ao processo de sua formação, evidenciado suas características históricas e peculiares, tais como a história de sua criação, trajetória das forças sociais, natureza da relação entre governo e conselho etc. Essas variáveis podem fornecer subsídios importantes para a análise proposta no trabalho. Sem levar em consideração o contexto histórico da arena, não é possível avaliar o peso da participação de cada conselheiro/entidade envolvido, assim como o padrão de interação entre os grupos.

Para o tratamento dos dados obtidos por meio do questionário, foi utilizado o software de análise estatística SPSS. As estatísticas descritivas apropriadas (freqüências e correlações) para as variáveis em estudo (questões analisadas) foram obtidas, assim como o teste do Qui-quadrado, para verificar as relações de dependência entre as variáveis.

O teste do Qui-quadrado serve para testar se duas ou mais populações (ou grupos) independentes diferem relativamente a uma determinada característica, isto é, se a freqüência com que os elementos da amostra se repartem pelas classes de uma variável nominal categorizada é ou não idêntica (MAROCO, 2007). Os dados (contagens) organizam-se geralmente em tabelas de freqüências absolutas.

No presente estudo, este teste foi então implementado no software de análise estatística SPSS (v. 15; SPSS Inc, Chicago, IL), como descrito em Maroco (2007), para avaliar, no CMS Viçosa e CMS Ubá, a dependência existente entre as questões 2 e 7, e entre as questões 6 e 8 (vide questionário

no Apêndice A). Para a análise das frequências, utilizou-se a moda (valor que ocorre mais frequentemente) por ser a única medida de centro recomendada na análise de dados no nível nominal de mensuração (dados que consistem em nomes, categorias, grupos, etc.). Considerou-se uma probabilidade de erro tipo I ( $\alpha$ ) de 0,05 em todas as análises inferenciais.

De acordo com Triola (2008), a escolha mais comum para o nível de confiança é de 95% (com  $\alpha = 0,05$ ), porque resulta em um bom equilíbrio entre precisão (refletido na largura do intervalo de confiança) e confiabilidade (expresso pelo nível de confiança). O nível de confiança equivale à proporção de vezes que o intervalo de confiança realmente contém o parâmetro populacional, supondo que o processo de estimação seja repetido um grande número de vezes.

As hipóteses estatísticas,  $H_0$  (hipótese nula) e  $H_a$  (hipótese alternativa), foram então:

- Questão 2 e 7 (CMS Viçosa e CMS Ubá)

$H_0$ : As decisões do conselho influenciadas pelas preferências de determinado grupo independem do curso de ação determinado por grupo de conselheiros; e

$H_a$ : As decisões do conselho influenciadas pelas preferências de determinado grupo não são independentes do curso de ação determinado por grupo de conselheiros.

- Questão 6 e 8 (CMS Viçosa e CMS Ubá)

$H_0$ : A influência exercida pelo cargo de dirigente na tomada de decisões no conselho independe dos recursos materiais, informacionais e pessoais que possui; e

$H_a$ : A influência exercida pelo cargo de dirigente na tomada de decisões no conselho não é independente dos recursos materiais, informacionais e pessoais que possui.

Por meio da observação direta, buscou-se reforçar a análise do processo decisório em si, visando identificar os grupos que, dentro dos Conselhos, destacam-se na condução deste processo. Conjugando esses dois procedimentos analíticos, a intenção foi verificar se é possível identificar a existência de alguma relação regular entre a posse de determinados recursos, a ocupação de posições institucionais estratégicas e a predominância de determinadas preferências de grupos com o poder no processo decisório dentro do Conselho.

## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados os resultados das análises feitas, bem como sua discussão à luz da literatura utilizada e do conhecimento adquirido sobre o tema no decorrer da realização da pesquisa.

O Quadro 1 apresenta a estatística de teste (“Pearson Chi-square”) e a probabilidade de significância associada (“Monte Carlo Sig. 2-sided”) para as análises das questões 2 e 7, referentes aos dados do CMS Viçosa e CMS Ubá. Note-se que se usaram os resultados do teste exacto, que são consonantes com a Simulação de Monte Carlo, uma vez que as condições de aproximação da distribuição de teste à distribuição do Qui-quadrado não se verificaram (frequências muito baixas).

Para a análise de dependência das questões 2 e 7, o número de respondentes foi o equivalente a 39, sendo 18 dados válidos para o CMS Viçosa, e 18 para o CMS Ubá.

Quadro 1- O teste Qui-quadrado para a análise de dependência das questões 2 e 7 no CMS Viçosa e no CMS Ubá

Local onde foi aplicado o questionário	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)		Monte Carlo Sig. (1-sided)			
				p-valor	99% Confidence Interval	Sig.	99% Confidence Interval		
				Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound	
Viçosa	<b>Pearson-Square</b>	37,485 <sup>a</sup>	16	,002	,004 <sup>b</sup>	,002	,005		
	Likelihood Ratio	24,083	16	,088	,013 <sup>b</sup>	,010	,016		
	Fisher's Exact Test	24,005			,025 <sup>b</sup>	,021	,029		
	Linear-by-Linear Association	5,990 <sup>c</sup>	1	,014	,015 <sup>b</sup>	,012	,018	,014 <sup>b</sup>	,011
	Casos Válidos	18							
Uba	<b>Pearson-Square</b>	69,030 <sup>d</sup>	48	,025	,040 <sup>b</sup>	,035	,045		
	Likelihood Ratio	44,680	48	,610	,014 <sup>b</sup>	,011	,016		
	Fisher's Exact Test	64,855			,014 <sup>b</sup>	,011	,016		
	Linear-by-Linear Association	,999 <sup>e</sup>	1	,318	,346 <sup>b</sup>	,334	,358	,171 <sup>b</sup>	,162
	Casos Válidos	18							

a. 24 cells (96,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 846668601.

c. The standardized statistic is 2,447.

d. 63 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

e. The standardized statistic is 1,000.

A análise estatística inferencial, realizada pelo teste do Qui-quadrado, mostrou que para o CMS Viçosa, o p-valor encontrado foi de 0,004, e para o CMS Ubá, o p-valor foi de 0,04 (Quadro 1). Como estes dois valores foram inferiores a 0,05 ( $=\alpha$ ), a hipótese nula é rejeitada, ou seja, as decisões do conselho influenciadas pelas preferências de determinado grupo dependem do curso de ação determinado por grupo de conselheiros em ambos os conselhos

investigados. Esta relação entre as variáveis analisadas é tão somente uma relação de dependência e não de causalidade.

Desse modo, a análise permite afirmar que as decisões de ambos os conselhos são influenciadas pelas preferências de determinado grupo, o qual também é responsável pelo curso de ação a ser seguido pelo conselho.

Conforme pode ser observado nas Figuras 1 e 3, as freqüências obtidas para a análise da questão 2, demonstram, respectivamente, que as decisões do conselho são influenciadas pelas preferências dos representantes dos gestores da saúde, no CMS Viçosa (47,4%), enquanto que no CMS Ubá (25%), prevalecem as preferências dos representantes dos usuários do SUS. Quanto à questão 7 (Figuras 2 e 4), observa-se, no CMS Viçosa, que os representantes dos gestores da saúde determinam o curso de ação a ser seguido pelo conselho (57,9%), e no CMS Ubá, os representantes dos usuários do SUS são os que determinam (30%). Ressalta-se que as respostas no CMS Ubá foram mais pulverizadas, gerando percentuais menores para cada uma das classes analisadas. Isto reflete um maior equilíbrio das forças de grupos de conselheiros dentro do Conselho de Saúde de Ubá, ocasionando maior embate e distribuição menos desigual do poder no processo decisório.

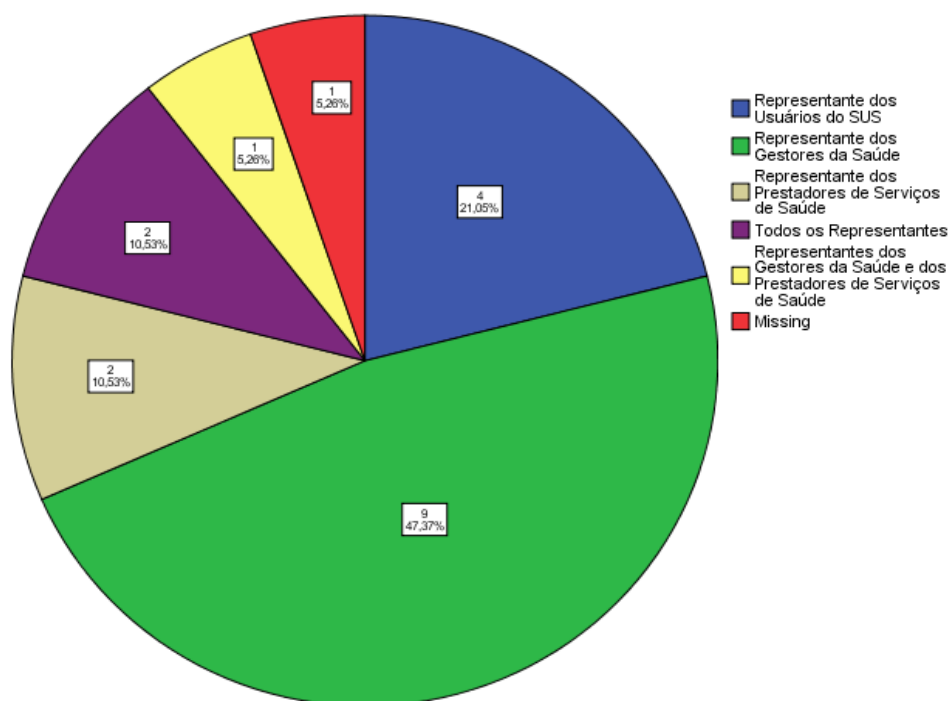


Figura 1 – Frequência de resposta da questão 2 no CMS Viçosa (As decisões do conselho são influenciadas pelas preferências de que grupos de conselheiros?).

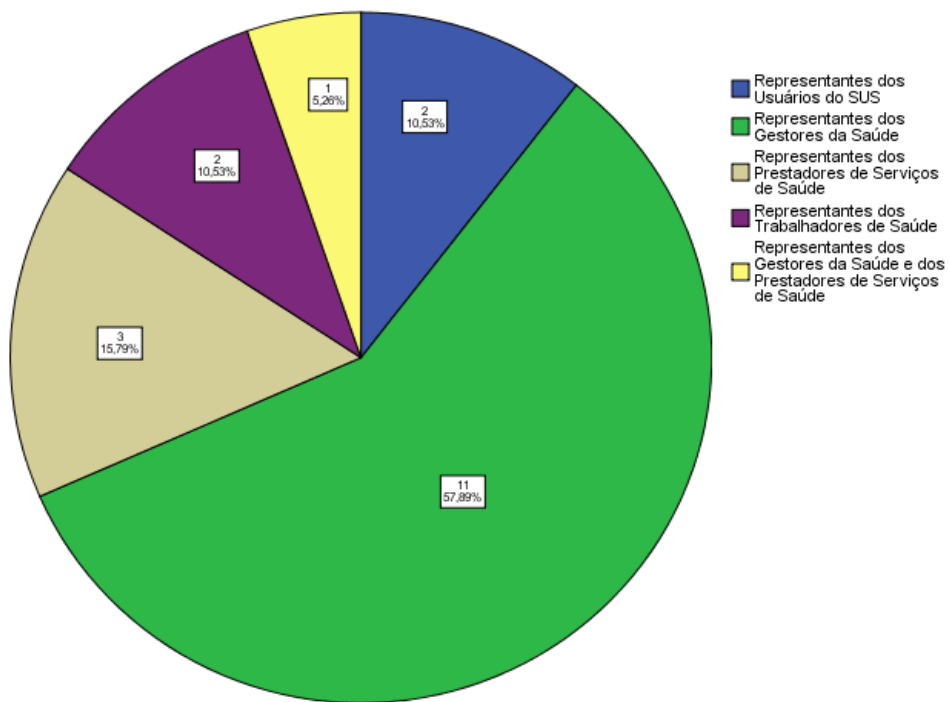


Figura 2 – Frequência de resposta da questão 7 no CMS Viçosa (Que conselheiros determinam, com maior frequência, o curso de ação a ser seguido pelo conselho?).

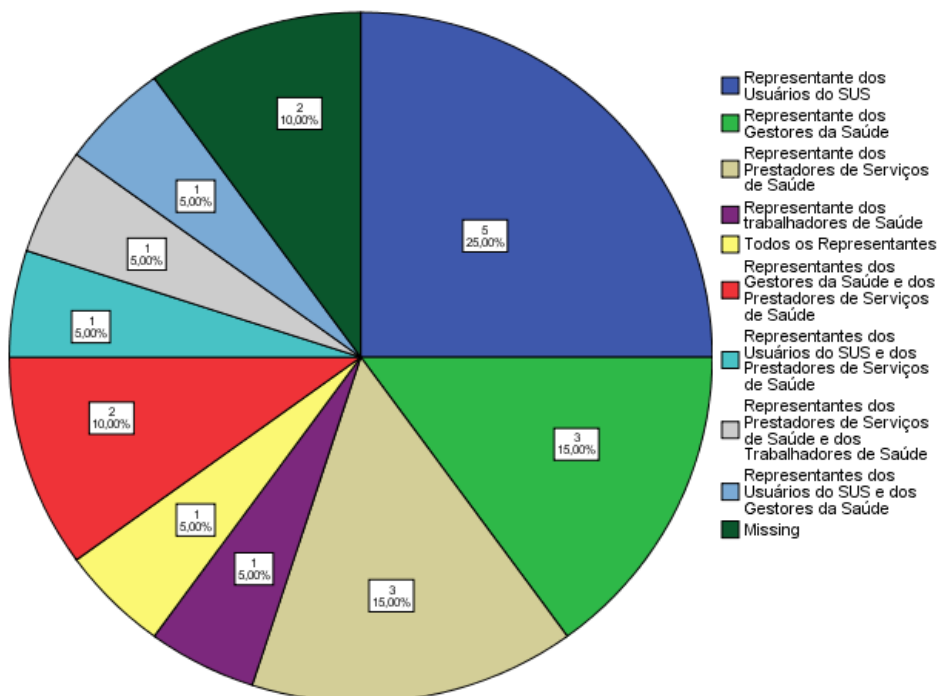


Figura 3 – Frequência de resposta da questão 2 no CMS Ubá (As decisões do conselho são influenciadas pelas preferências de que grupos de conselheiros?).

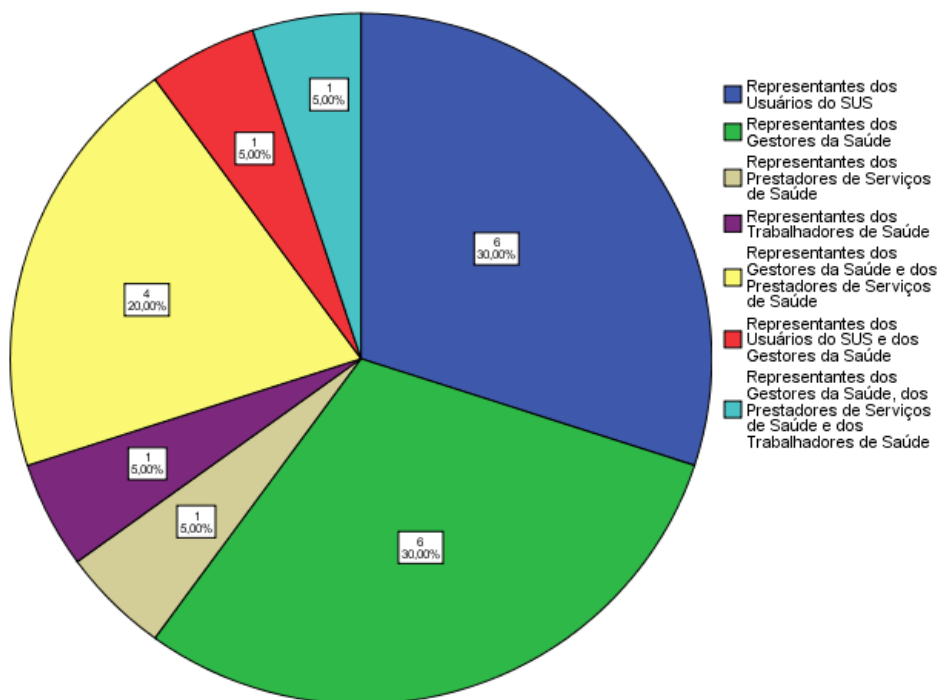


Figura 4 – Frequência de resposta da questão 7 no CMS Ubá (Que conselheiros determinam, com maior frequência, o curso de ação a ser seguido pelo conselho?).

Ressalta-se que em ambos os conselhos a teoria do método decisional pode ser verificada, visto que tal método enfatiza que exerce o poder aquele indivíduo, ou grupo, que, num processo decisório específico e conflituoso, faz com que as suas preferências predominem sobre as preferências dos demais.

Contudo, o tratamento dos dados da questão 12 (Figuras 5 e 6) e questão 20 (Figuras 7 e 8), para o CMS Viçosa e CMS Ubá, sugere cautela, pois permite inferir que a análise do processo decisório em si, não é suficiente, em alguns casos, para identificar quem de fato exerce o poder, pois aqueles que participam diretamente do processo decisório podem decidir levando em conta os interesses de grupos exteriores a este processo (cooptação de conselheiros). Aliás, esta é uma face limitadora do método decisional, que não prevê esta possibilidade, quando da análise do processo decisório. As Figuras 5 e 6, referentes à questão 12, mostram que, para 79% dos respondentes do CMS Viçosa e para 75% dos respondentes do CMS Ubá, ocorre no conselho a defesa de interesses de grupos particulares. Estes números são bastante expressivos e permitem inferir que o processo decisório, em ambos os conselhos, não estão imunes à possibilidade de interferências de grupos

externos, com interesses nas decisões tomadas pelos conselhos em questão. Nas Figuras 7 e 8, referente à questão 20, os resultados demonstraram que, para 89,5% dos conselheiros do CMS Viçosa e 75% dos conselheiros do CMS Ubá, nenhuma ou poucas entidades avaliam a atuação dos conselheiros. Isto é um dado que preocupa, pois permite uma atuação descompromissada do conselheiro para com os objetivos da entidade que o mesmo representa, além de possibilitar a defesa de interesses particulares em detrimento da entidade, ou ainda, de outros grupos através da cooptação do conselheiro. A efetivação desses indícios compromete sobremaneira a questão da representatividade das entidades e do próprio segmento nela representado, interferindo de modo negativo na dinâmica participativa da gestão das políticas públicas da saúde.

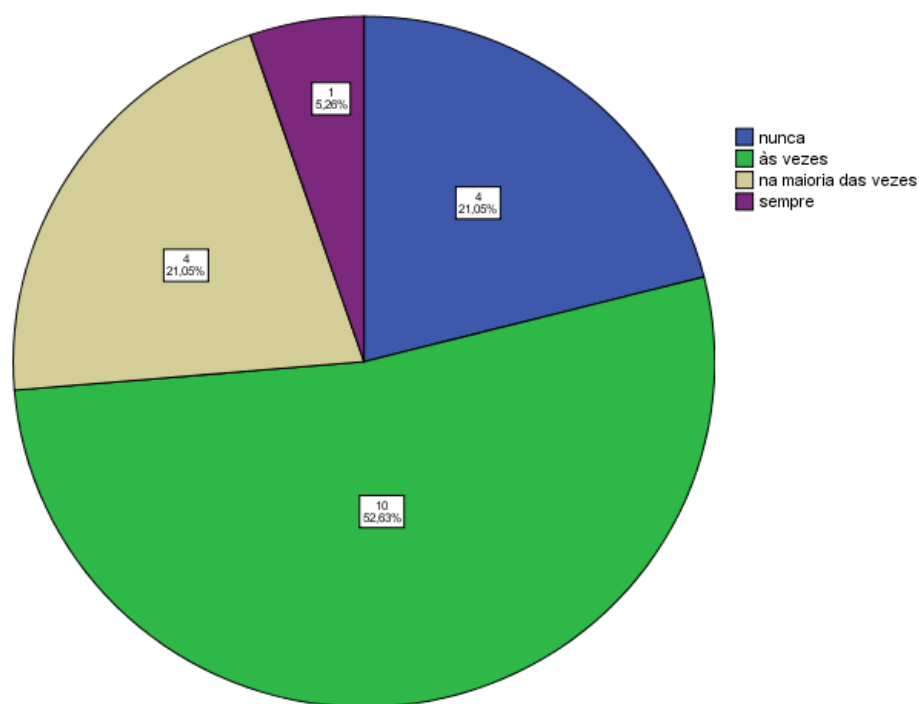


Figura 5 – Frequência de resposta da questão 12 no CMS Viçosa (Com que frequência são defendidos, no conselho, interesses de grupos particulares em detrimento dos interesses da coletividade?).

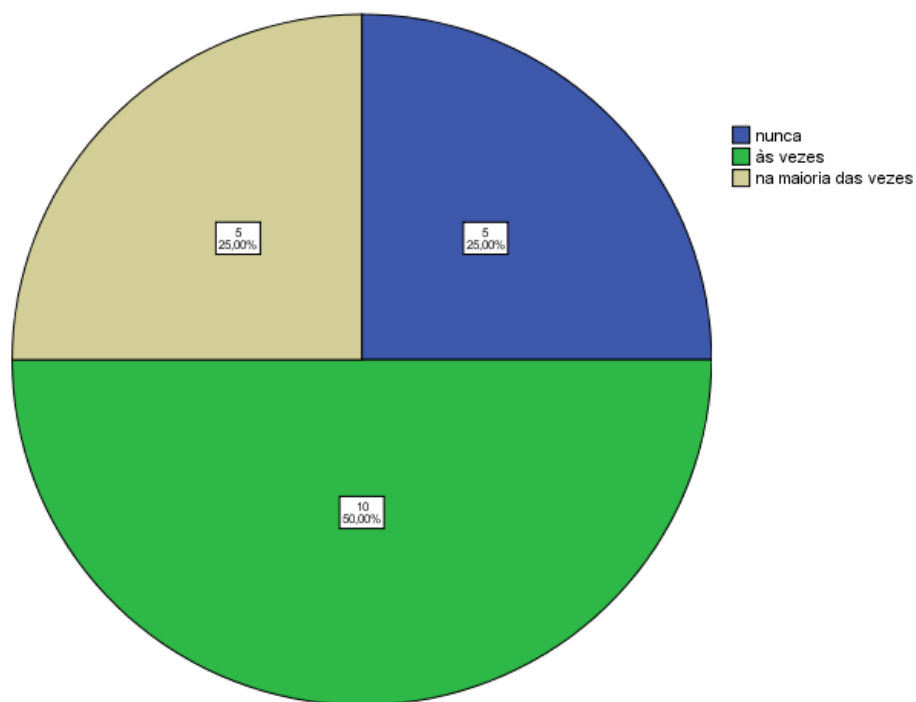


Figura 6 – Frequência de resposta da questão 12 no CMS Ubá (Com que frequência são defendidos, no conselho, interesses de grupos particulares em detrimento dos interesses da coletividade?).

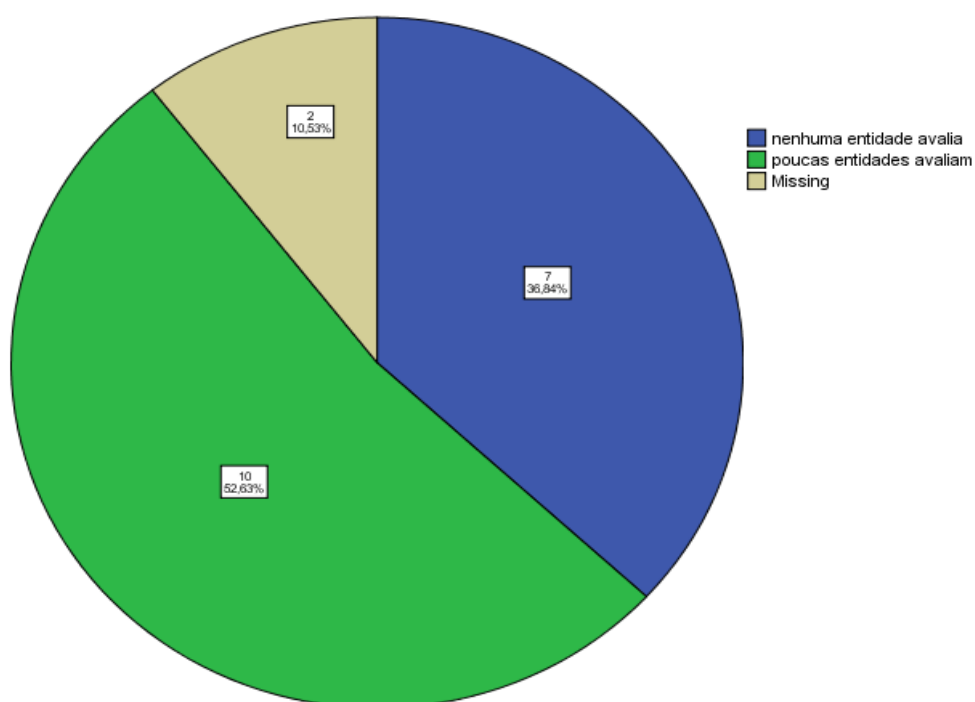


Figura 7 – Frequência de resposta da questão 20 no CMS Viçosa (Os conselheiros são avaliados periodicamente pelas respectivas entidades no que se refere à atuação deles no conselho?).

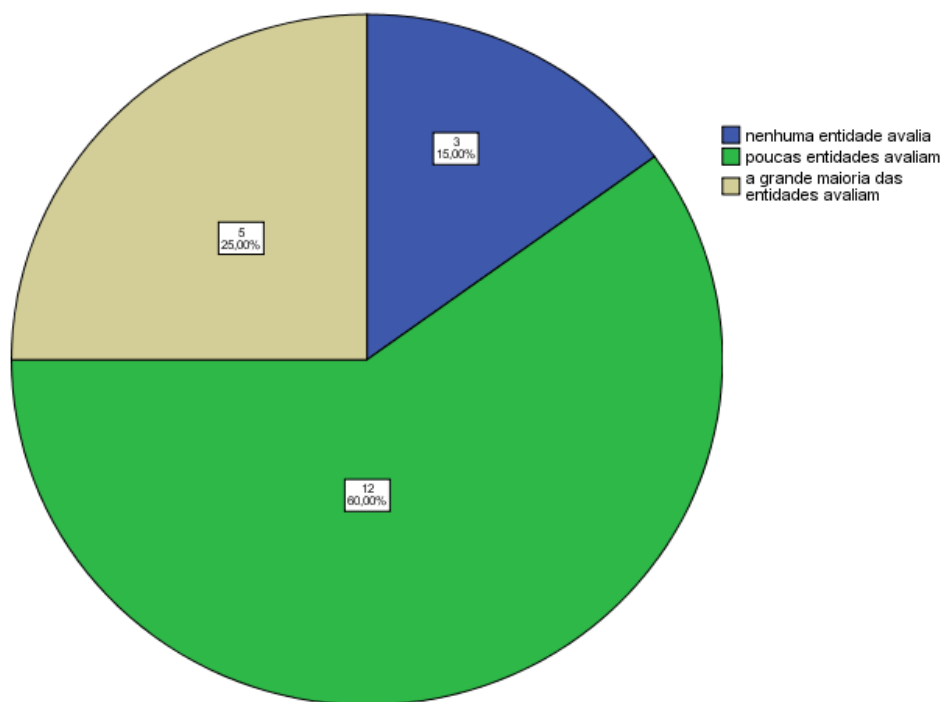


Figura 8 – Frequência de resposta da questão 20 no CMS Ubá (Os conselheiros são avaliados periodicamente pelas respectivas entidades no que se refere à atuação deles no conselho?).

Para a análise de dependência das questões 6 e 8, o número de respondentes foi o equivalente a 39, sendo 19 dados válidos para o CMS Viçosa, e 20 para o CMS Ubá.

O Quadro 2 apresenta a estatística de teste (“Pearson Chi-square”) e a probabilidade de significância associada (“Monte Carlo Sig. 2-sided”) para as análises das questões 6 e 8, referentes aos dados do CMS Viçosa e CMS Ubá. Note-se que foram utilizados os resultados do teste exacto, que são consonantes com a Simulação de Monte Carlo, uma vez que as condições de aproximação da distribuição de teste à distribuição do Qui-quadrado não se verificaram (frequências muito baixas).

Quadro 2 – O teste Qui-quadrado para a análise de dependência das questões 6 e 8 no CMS Viçosa e no CMS Ubá

Local onde foi aplicado o questionário		Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Monte Carlo Sig. (2-sided)			Monte Carlo Sig. (1-sided)		
					p-valor	99% Confidence Interval		Sig.	99% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound		Lower Bound	Upper Bound
Viçosa	<b>Pearson Chi-square</b>	21,418 <sup>a</sup>	9	,011	<b>,048</b> <sup>b</sup>	,043	,054			
	Likelihood Ratio	10,646	9	,301	,274 <sup>b</sup>	,262	,285			
	Fisher's Exact Test	11,007			,329 <sup>b</sup>	,317	,341			
	LinearbyLinear Association	2,631 <sup>c</sup>	1	,105	,146 <sup>b</sup>	,137	,155	,078 <sup>b</sup>	,071	,084
	Casos Válidos	19								
Uba	<b>Pearson Chi-square</b>	9,885 <sup>d</sup>	4	,042	<b>,040</b> <sup>b</sup>	,035	,045			
	Likelihood Ratio	10,833	4	,029	,038 <sup>b</sup>	,033	,043			
	Fisher's Exact Test	7,663			,041 <sup>b</sup>	,036	,046			
	LinearbyLinear Association	1,222 <sup>e</sup>	1	,269	,308 <sup>b</sup>	,296	,320	,166 <sup>b</sup>	,157	,176
	Casos Válidos	20								

a. 15 cells (93,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is 1,622.

d. 8 cells (88,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,40.

e. The standardized statistic is 1,105.

A análise estatística inferencial, realizada pelo teste do Qui-quadrado, mostrou que para o CMS Viçosa, o p-valor encontrado foi de 0,048, e para o CMS Ubá, o p-valor foi de 0,040 (Quadro 2). Como estes dois valores foram inferiores a 0,05 ( $=\alpha$ ), a hipótese nula é rejeitada, ou seja, a influência exercida pelo cargo de dirigente na tomada de decisões no conselho depende dos recursos materiais, informacionais e pessoais que possui. Da mesma forma, a relação entre as variáveis analisadas é tão somente uma relação de dependência e não de causalidade.

Desse modo, a análise permite afirmar que quanto maior forem os recursos possuídos pelo dirigente, maior será o seu poder de influência nas decisões de ambos os conselhos.

Conforme pode ser observado nas Figuras 9 e 11, as frequências obtidas para a análise da questão 6, no CMS Viçosa (84,3%) e CMS Ubá (75%), demonstram que o cargo de dirigente tem importância ou muita importância para o exercício do poder na tomada de decisão em ambos os conselhos. Quanto à questão 8 (Figuras 10 e 12), observa-se que para 84,2% dos conselheiros do CMS Viçosa e para 90% dos conselheiros do CMS Ubá, os recursos possuídos por conselheiros têm importância ou muita importância no que tange ao seu poder de decidir no conselho.

Diante dos números apresentados, verifica-se a aplicação da teoria do método posicional, que relaciona o poder de tomar as decisões às posições

estratégicas de mando e aos recursos possuídos pelos atores, uma vez que tanto a posição quanto os recursos demonstraram ser importantes para o exercício do poder nos conselhos analisados.

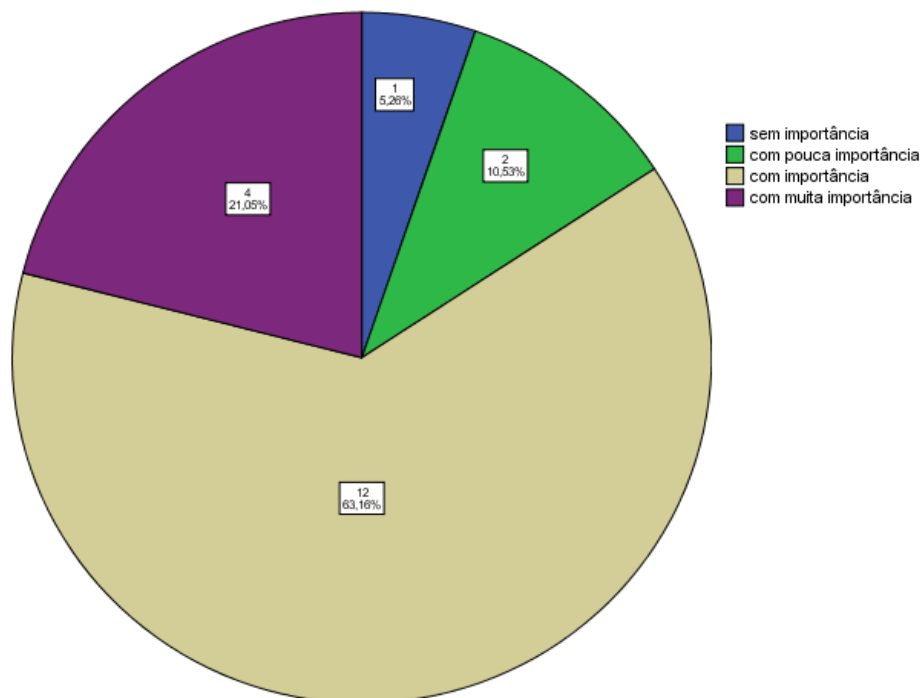


Figura 9 – Frequência de resposta da questão 6 no CMS Viçosa (Em que grau de importância, a tomada de decisão no conselho é influenciada por seus dirigentes e/ou por dirigentes de órgãos públicos e de entidades?).

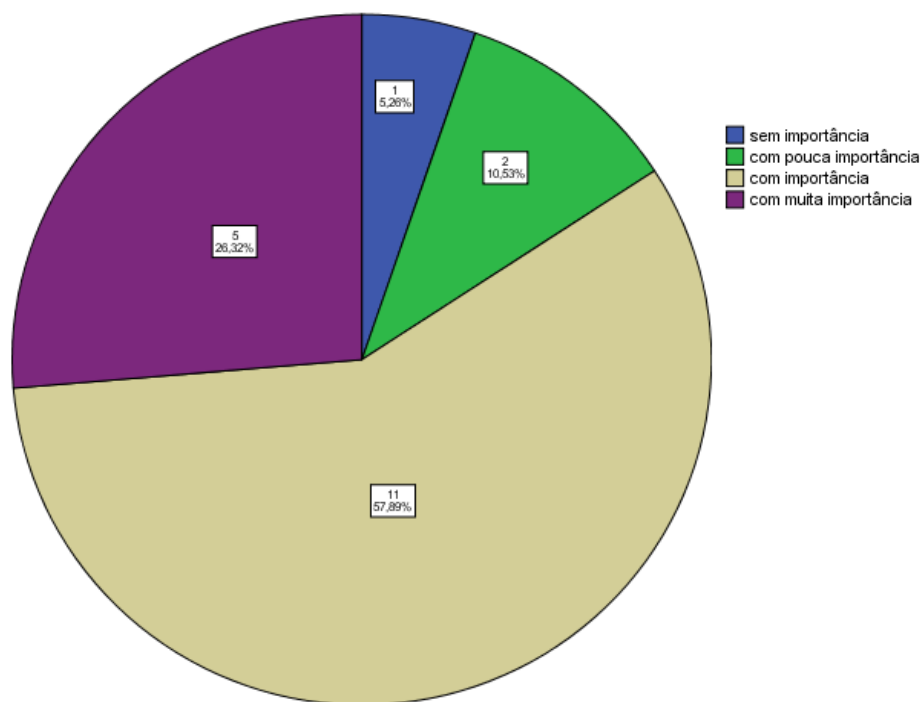


Figura 10 – Frequência de resposta da questão 8 no CMS Viçosa (Qual o grau de importância dos recursos materiais, informacionais e pessoais possuídos por conselheiros, no que tange ao seu poder de decidir no conselho?).

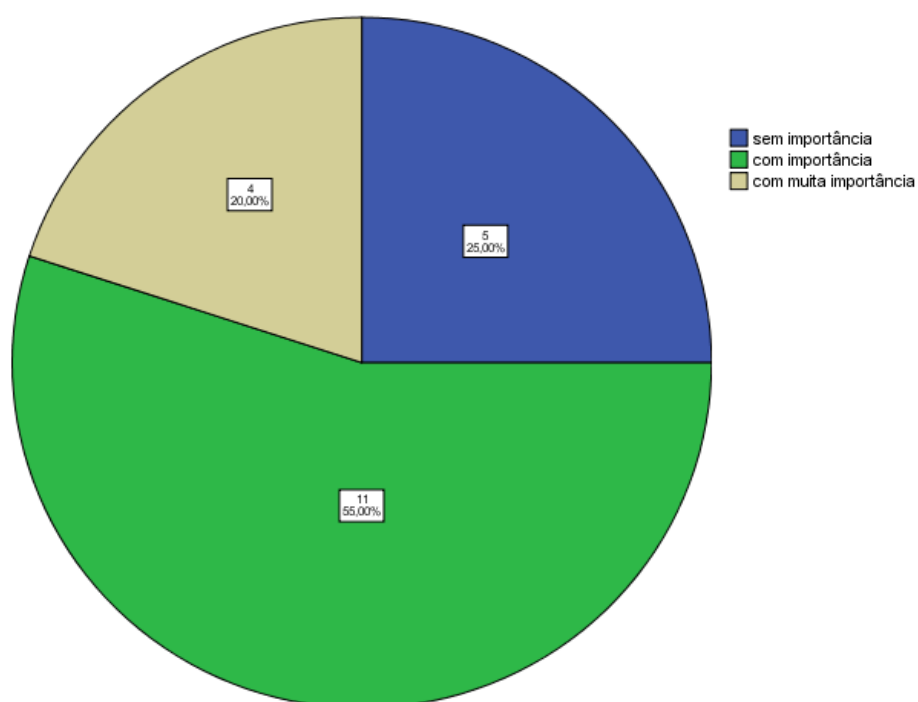


Figura 11 – Frequência de resposta da questão 6 no CMS Ubá (Em que grau de importância, a tomada de decisão no conselho é influenciada por seus dirigentes e/ou por dirigentes de órgãos públicos e de entidades?).

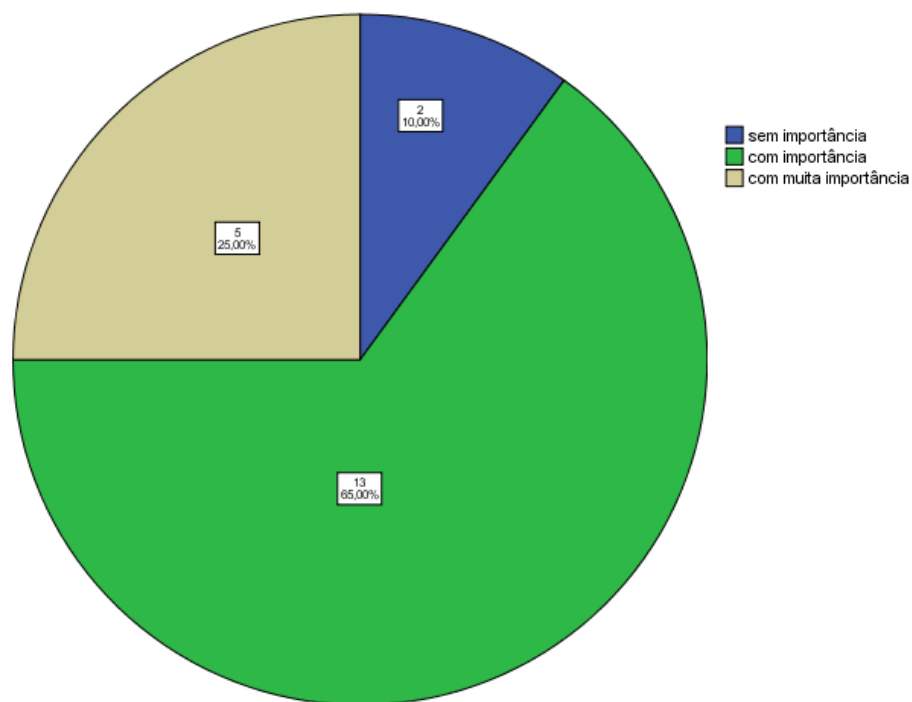


Figura 12 – Frequência de resposta da questão 8 no CMS Ubá (Qual o grau de importância dos recursos materiais, informacionais e pessoais possuídos por conselheiros, no que tange ao seu poder de decidir no conselho?).

Vale ressaltar ainda que o tratamento dos dados da questão 4 (Figuras 13 e 14), para o CMS Viçosa e CMS Ubá, permite inferir que a posição estratégica dos dirigentes do conselho lhe dão uma condição confortável para delimitar os temas que compõem a agenda de reuniões do conselho. Isto faz com que o processo decisório se restrinja a um conjunto de questões mais seguras, excluindo eventualmente da agenda uma série de temas que não sejam de seu interesse. Se os temas das pautas das reuniões do conselho fossem definidos pela plenária, esse viés poderia ser minimizado, tornando o processo decisório mais democrático e significativo. As Figuras 13 e 14 mostram, respectivamente, que 42,1% dos respondentes do CMS Viçosa afirmam que os temas que compõem a pauta das reuniões são definidos pelo presidente do conselho, e 45% dos conselheiros do CMS Ubá, indicam que a definição se dá pela mesa diretora do conselho.

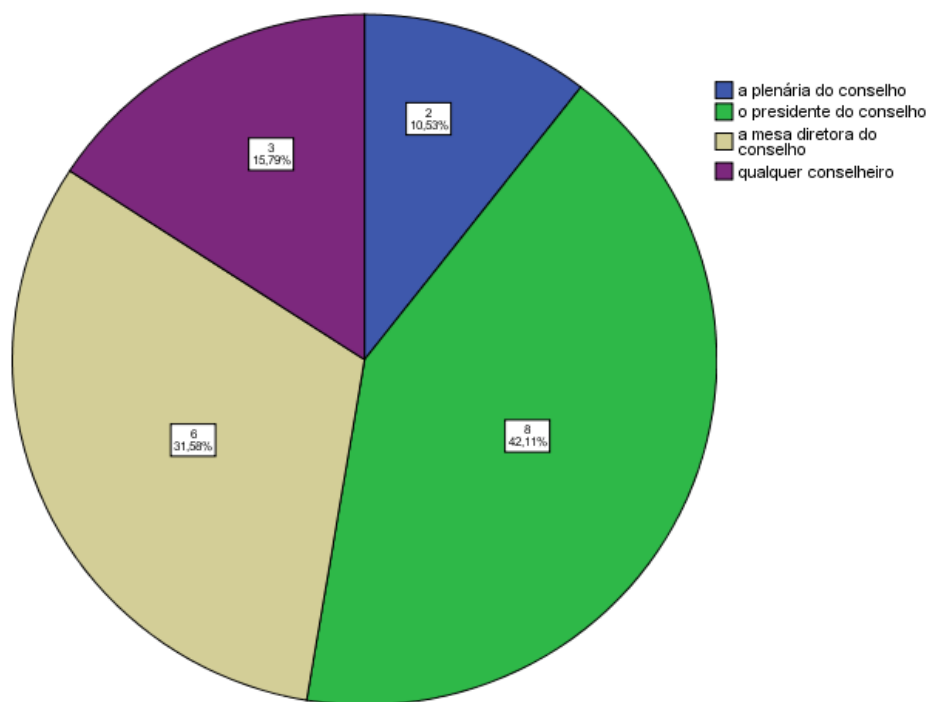


Figura 13 – Frequência de resposta da questão 4 no CMS Viçosa (Em sua opinião, quem define os temas que compõem a pauta das reuniões do conselho?).

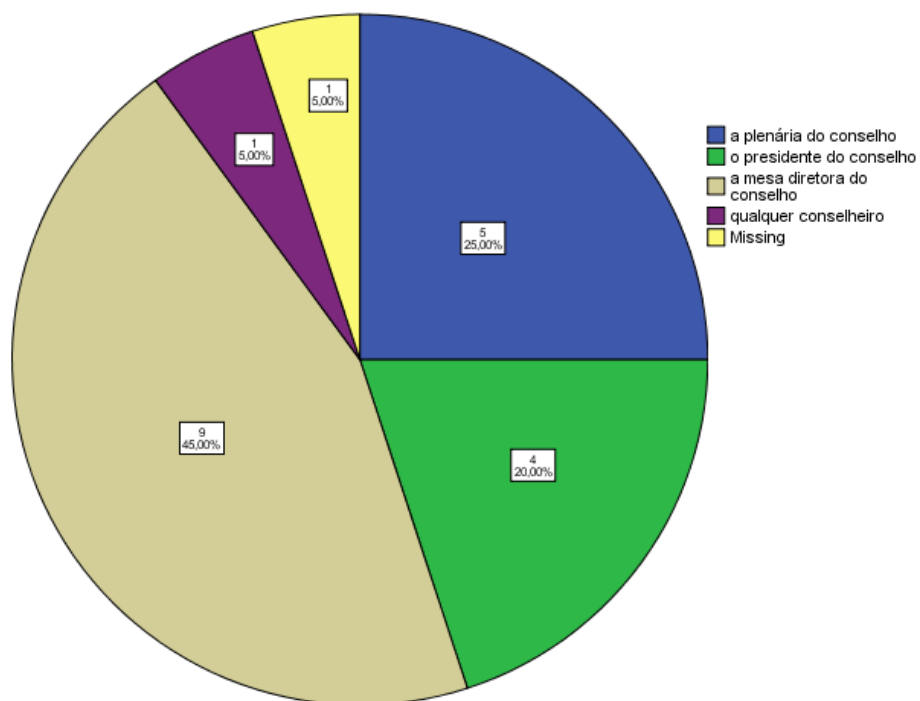


Figura 14 – Frequência de resposta da questão 4 no CMS Ubá (Em sua opinião, quem define os temas que compõem a pauta das reuniões do conselho?).

As questões 15 e 16 do questionário tratam, respectivamente, da importância da capacitação técnica e política de conselheiros no tocante ao seu poder de decidir e discutir conscientemente nas deliberações do conselho de saúde. As respostas obtidas (Figuras 15 a 18) revelam que a capacidade técnica é considerada importante ou muito importante para 89,5% dos conselheiros do CMS Viçosa e da mesma forma para 90% dos conselheiros do CMS Ubá. A capacidade política, por sua vez, é considerada importante ou muito importante para 73,7% dos conselheiros do CMS Viçosa e no mesmo grau de importância para 90% dos conselheiros do CMS Ubá. Por meio da medida de centro (média), observa-se que a capacitação técnica é considerada, pelos conselheiros, ligeiramente mais importante para o seu poder de decisão e discussão nas deliberações de ambos os conselhos, conforme pode ser visualizado nos Quadros 3 e 4 a seguir.

Quadro 3 – Valores de medidas de centro (média e moda) para a frequência das respostas das questões 15 e 16 no CMS Viçosa

		Em que medida de importância, a capacitação técnica de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do conselho?	Em que medida de importância, a capacitação política de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do conselho?
N	Válidos	19	19
	Sem Resposta	0	0
Média		3,7368	3,2632
Moda		4,00	4,00

Quadro 4 – Valores de medidas de centro (média e moda) para a frequência das respostas das questões 15 e 16 no CMS Ubá

		Em que medida de importância, a capacitação técnica de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do conselho?	Em que medida de importância, a capacitação política de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do conselho?
N	Válidos	20	20
	Sem Resposta	0	0
Média		3,6500	3,5500
Moda		4,00	4,00

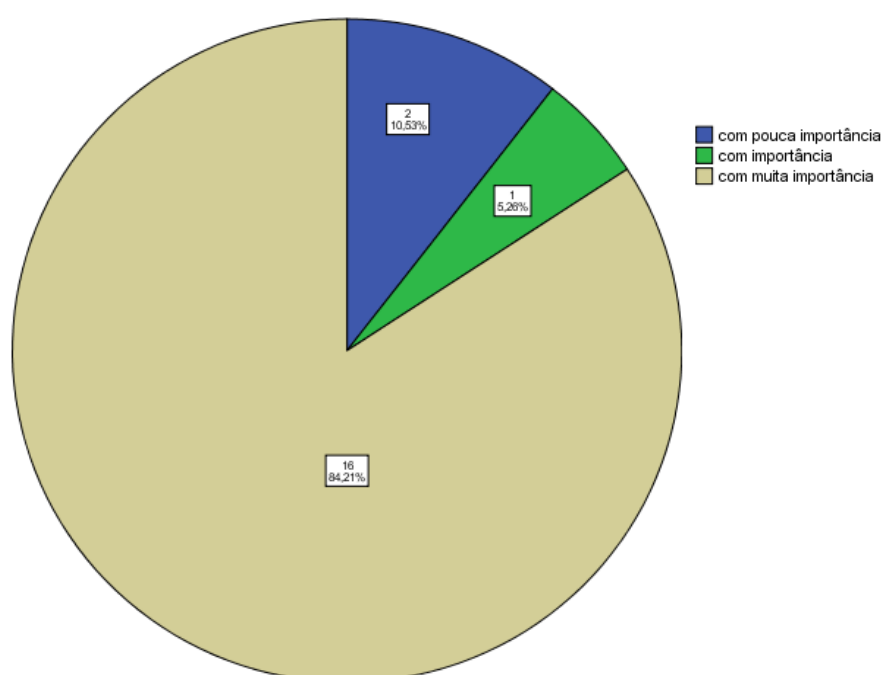


Figura 15 – Frequência de resposta da questão 15 no CMS Viçosa (Em que medida de importância, a capacitação técnica de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do conselho?).

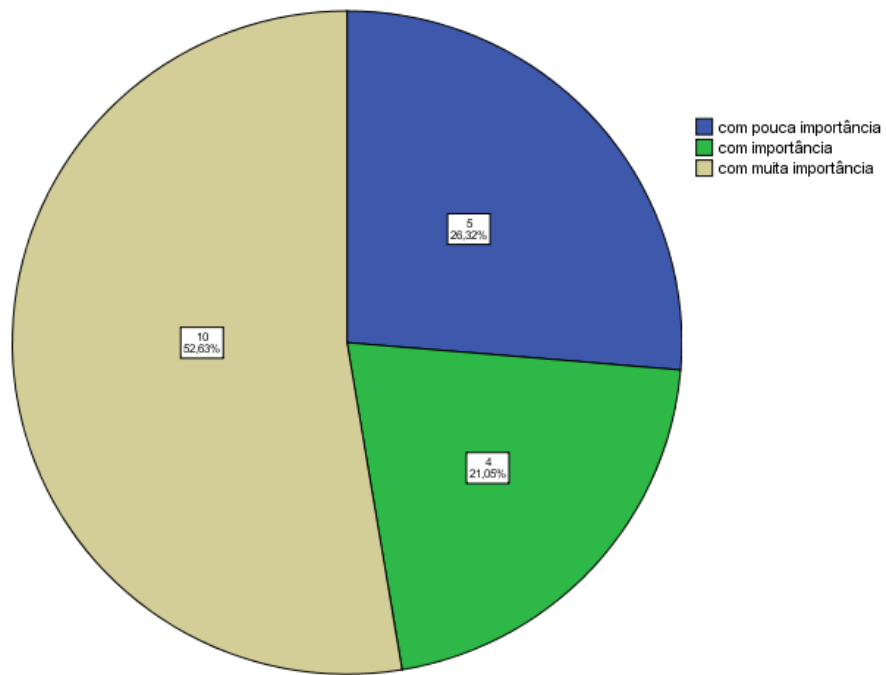


Figura 16 – Frequência de resposta da questão 16 no CMS Viçosa (Em que medida de importância, a capacitação política de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do conselho?).

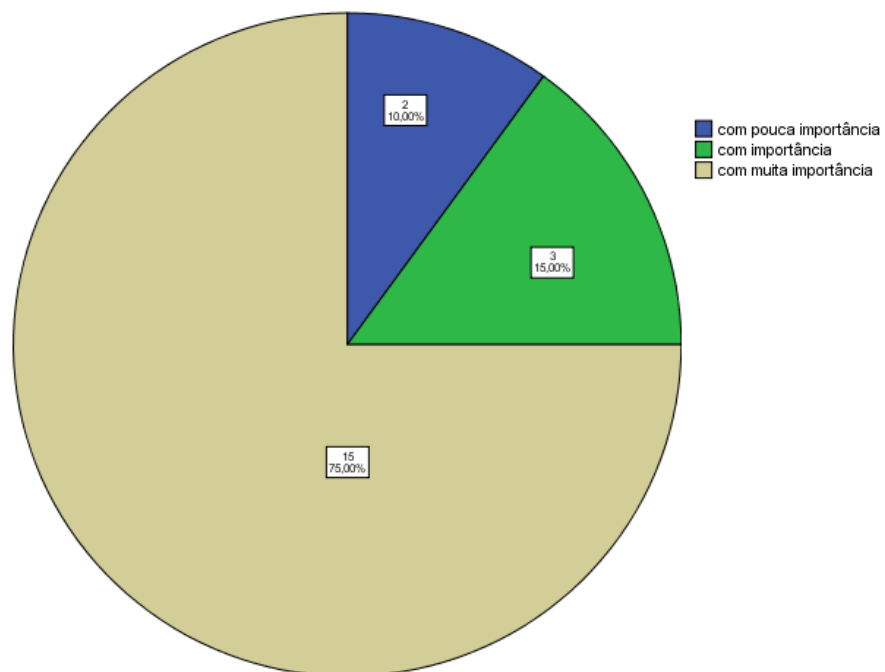


Figura 17 – Frequência de resposta da questão 15 no CMS Ubá (Em que medida de importância, a capacitação técnica de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do conselho?).

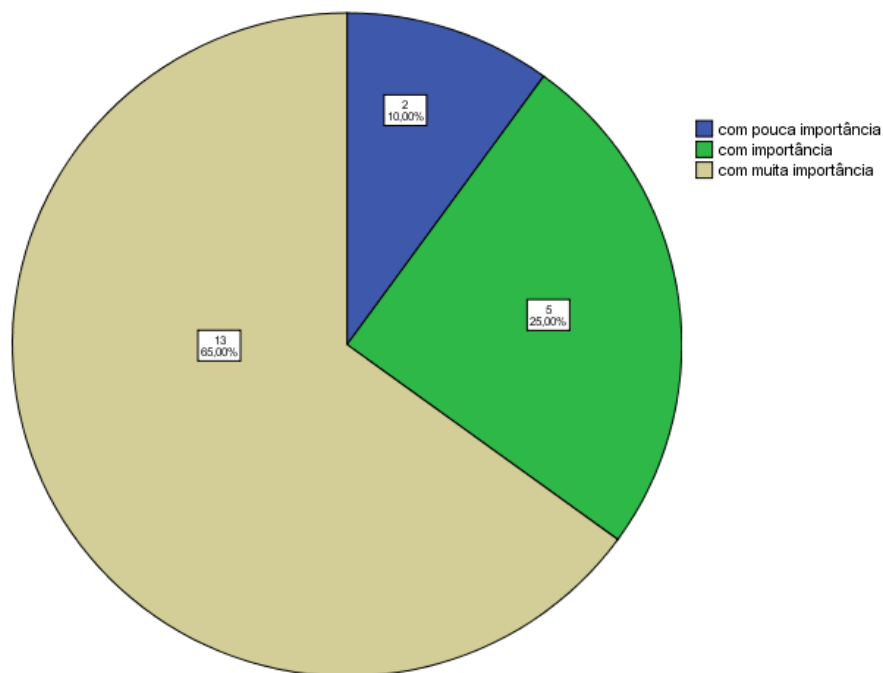


Figura 18 – Frequência de resposta da questão 16 no CMS Ubá (Em que medida de importância, a capacitação política de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do conselho?).

Ao comparar o tempo de atuação nos conselhos (Quadros 5 e 6), e a escolaridade dos conselheiros (Quadros 7 e 8) com as respostas da questão 1 (O debate nas reuniões do Conselho se concentra mais na pessoa de quais conselheiros?), pode ser verificado, nos CMS de Viçosa e de Ubá, não haver uma relação direta de influência para ambas as análises.

Para os conselheiros, o debate nas reuniões do Conselho se concentra, para o CMS de Viçosa, nas pessoas dos representantes dos gestores de saúde (42,11%), e para o CMS de Ubá, nos representantes dos usuários (40%), conforme pode ser visualizado nas Figuras 19 e 20 respectivamente. Entretanto, analisando as respostas dos questionários, percebe-se que os conselheiros com maior tempo de atuação (Quadros 5 e 6) e com maior escolaridade (Quadros 7 e 8) não são os mesmos que monopolizam o debate nas reuniões em ambos os Conselhos.

Quadro 5 – Tempo de atuação no CMS Viçosa

			Segmentos das entidades				Total
			Representante dos Usuários do SUS	Representante dos Gestores da Saúde	Representante dos Prestadores de Serviços de Saúde	Representante dos trabalhadores de Saúde	
Tempo de atuação no Conselho (em anos)	1,00	Respondentes % dentro do segmento	3 30,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 33,3%	4 21,1%
	2,00	Respondentes % dentro do segmento	4 40,0%	2 50,0%	0 ,0%	2 66,7%	8 42,1%
	3,00	Respondentes % dentro do segmento	0 ,0%	1 25,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 5,3%
	4,00	Respondentes % dentro do segmento	1 10,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 5,3%
	5,00	Respondentes % dentro do segmento	1 10,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 5,3%
	8,00	Respondentes % dentro do segmento	0 ,0%	1 25,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 5,3%
	9,00	Respondentes % dentro do segmento	1 10,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 5,3%
	10,00	Respondentes % dentro do segmento	0 ,0%	0 ,0%	1 50,0%	0 ,0%	1 5,3%
	18,00	Respondentes % within Segmentos do segmento	0 ,0%	0 ,0%	1 50,0%	0 ,0%	1 5,3%
	Total	Respondentes	10 100,0%	4 100,0%	2 100,0%	3 100,0%	19 100,0%

Quadro 6 – Tempo de atuação no CMS Ubá

			Segmentos das entidades				Total
			Representante dos Usuários do SUS	Representante dos Gestores da Saúde	Representante dos Prestadores de Serviços de Saúde	Representante dos trabalhadores de Saúde	
Tempo de atuação no Conselho (em anos)	1,00	Respondentes % dentro do segmento	4 50,0%	2 40,0%	0 .0%	1 25,0%	7 35,0%
	2,00	Respondentes % dentro do segmento	0 .0%	0 .0%	1 33,3%	1 25,0%	2 10,0%
	4,00	Respondentes % dentro do segmento	1 12,5%	2 40,0%	0 .0%	1 25,0%	4 20,0%
	7,00	Respondentes % dentro do segmento	0 .0%	0 .0%	1 33,3%	0 .0%	1 5,0%
	8,00	Respondentes % dentro do segmento	1 12,5%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 5,0%
	10,00	Respondentes % dentro do segmento	0 .0%	0 .0%	1 33,3%	1 25,0%	2 10,0%
	12,00	Respondentes % dentro do segmento	0 .0%	1 20,0%	0 .0%	0 .0%	1 5,0%
	14,00	Respondentes % dentro do segmento	1 12,5%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 5,0%
	16,00	Respondentes % dentro do segmento	1 12,5%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 5,0%
	Total	Respondentes	8 100,0%	5 100,0%	3 100,0%	4 100,0%	20 100,0%

Quadro 7 – Escolaridade dos conselheiros no CMS Viçosa

		Segmentos das entidades				Total	
		Representante dos Usuários do SUS	Representante dos Gestores da Saúde	Representante dos Prestadores de Serviços de Saúde	Representante dos trabalhadores de Saúde		
Escolaridade	primeiro grau	Respondentes % dentro do segmento	2 20,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 10,5%
	segundo grau	Respondentes % dentro do segmento	2 20,0%	1 25,0%	0 ,0%	1 33,3%	4 21,1%
	curso superior incompleto	Respondentes % dentro do segmento	0 ,0%	1 25,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 5,3%
	curso superior completo	Respondentes % dentro do segmento	3 30,0%	0 ,0%	1 50,0%	1 33,3%	5 26,3%
	especialização	Respondentes % dentro do segmento	0 ,0%	2 50,0%	1 50,0%	0 ,0%	3 15,8%
	mestrado	Respondentes % dentro do segmento	3 30,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 33,3%	4 21,1%
Total		Respondentes	10 100,0%	4 100,0%	2 100,0%	3 100,0%	19 100,0%

Quadro 8 – Escolaridade dos conselheiros no CMS Ubá

		Segmentos das entidades				Total	
		Representante dos Usuários do SUS	Representante dos Gestores da Saúde	Representante dos Prestadores de Serviços de Saúde	Representante dos trabalhadores de Saúde		
Escolaridade	primeiro grau	Respondentes % dentro do segmento	2 25,0%	2 40,0%	0 ,0%	0 ,0%	4 20,0%
	segundo grau	Respondentes % dentro do segmento	3 37,5%	1 20,0%	0 ,0%	1 25,0%	5 25,0%
	curso superior incompleto	Respondentes % dentro do segmento	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 25,0%	1 5,0%
	curso superior completo	Respondentes % dentro do segmento	2 25,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 25,0%	3 15,0%
	especialização	Respondentes % dentro do segmento	1 12,5%	2 40,0%	3 100,0%	1 25,0%	7 35,0%
	Total		Respondentes	8 100,0%	5 100,0%	3 100,0%	4 100,0%

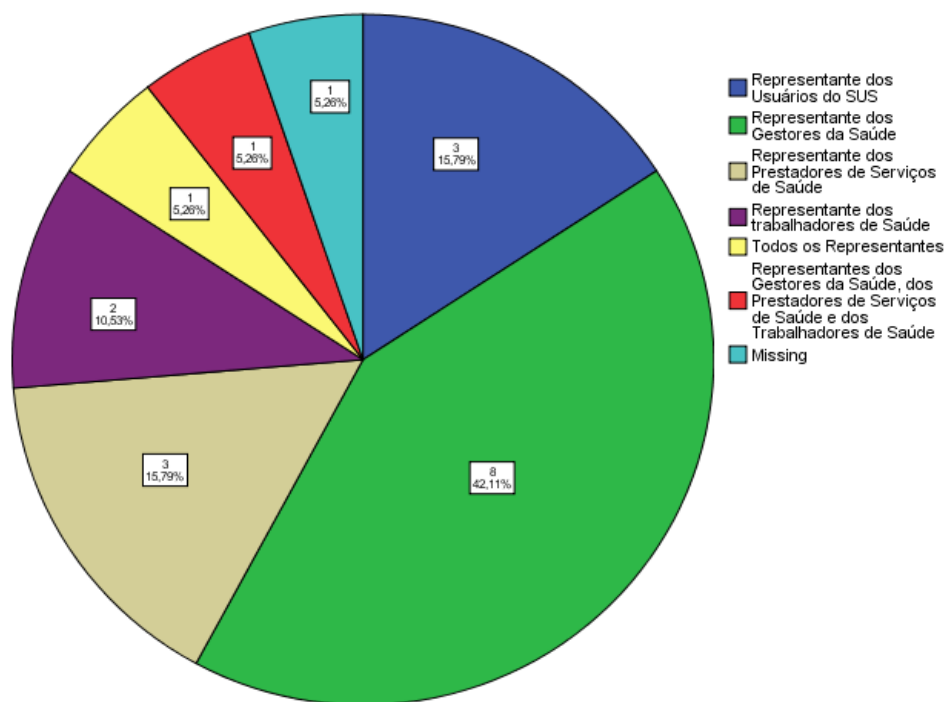


Figura 19 – Frequência de resposta da questão 1 no CMS Viçosa (O debate nas reuniões do Conselho se concentra mais na pessoa de quais conselheiros?).

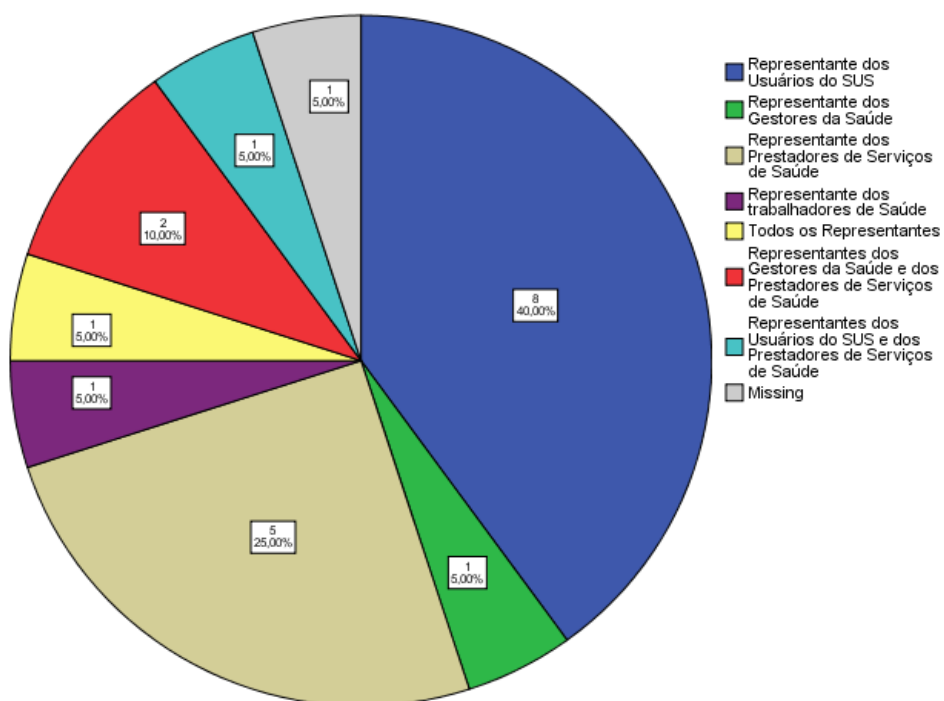


Figura 20 – Frequência de resposta da questão 1 no CMS Ubá (O debate nas reuniões do Conselho se concentra mais na pessoa de quais conselheiros?).

Da mesma forma, as análises das freqüências das questões 2 (As decisões do Conselho são influenciadas pelas preferências de que grupos de conselheiros?) e 7 (Que conselheiros determinam, com maior freqüência, o curso de ação a ser seguido pelo Conselho?), permitem inferir não haver vínculo com o tempo de atuação nos Conselhos e com a escolaridade dos conselheiros. A freqüência das respostas na questão 2 apontam, nos CMS de Viçosa e de Ubá, respectivamente, os representantes dos gestores de saúde (47,37%) e dos usuários (25%) como aqueles cujas preferências influenciam as decisões do Conselho, conforme pode ser visualizado nas Figuras 1 e 3. Quanto à questão 7, os números apontam que, no CMS de Viçosa, os gestores da saúde (57,89%) é que determinam, com maior freqüência, o curso de ação a ser seguido pelo Conselho, e no CMS de Ubá, o curso de ação a ser seguido pelo Conselho é determinado pelos representantes dos usuários (30%) e dos gestores da saúde (30%), apresentado nas Figuras 2 e 4. Mais uma vez, o maior tempo de atuação nos Conselhos (Quadros 5 e 6) e a maior escolaridade dos conselheiros (Quadros 7 e 8) não coincidem com as maiores freqüências apuradas nas questões analisadas. Assim, constata-se que, nos conselhos aqui analisados, o nível de escolaridade e a experiência acumulada no cargo de conselheiro não são fatores tão relevantes, como se podia imaginar, para o exercício do poder no processo decisório dentro dos conselhos.

Em relação ao processo de criação do Conselho de Saúde em Viçosa e em Ubá, pode ser verificado que os conselheiros não possuem conhecimento, de fato, como este processo ocorreu. Em Viçosa, para 36,84% dos conselheiros, a criação se deu por iniciativa das entidades representativas, enquanto que para 31,58%, este processo aconteceu por iniciativa exclusiva do governo municipal (Figura 21). Em Ubá, 35% dos conselheiros indicaram que os movimentos sociais foram os responsáveis pelo processo de criação, enquanto 20% afirmaram ser uma iniciativa exclusiva do governo local (Figura 22). Ressalta-se que um percentual significativo dos conselheiros não soube responder a questão, representando 15,79% dos entrevistados no CMS de Viçosa, e 20% no CMS de Ubá.

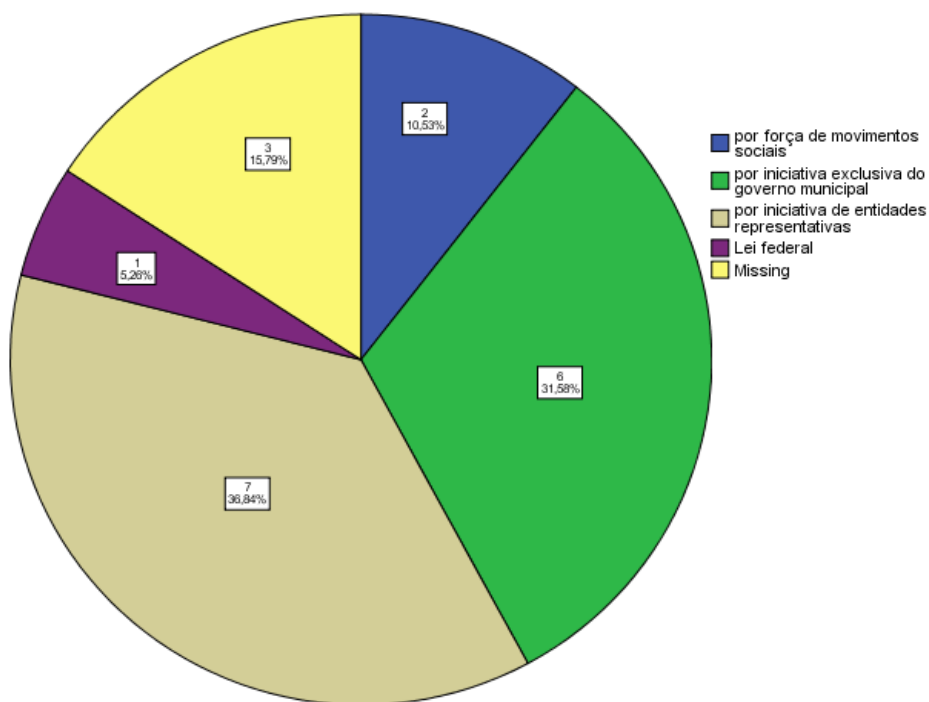


Figura 21 – Frequência de resposta da questão 17 no CMS Viçosa (Como se deu o processo de criação e institucionalização do Conselho Municipal de Saúde no município?).

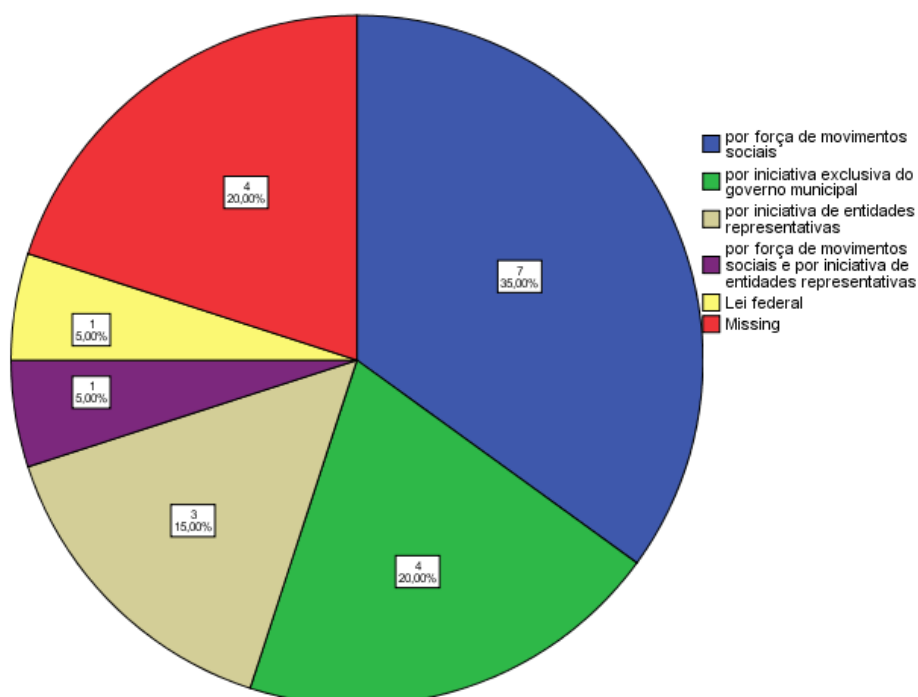


Figura 22 – Frequência de resposta da questão 17 no CMS Ubá (Como se deu o processo de criação e institucionalização do Conselho Municipal de Saúde no município?).

Na realidade, o município de Viçosa não tem, historicamente, um passado de lutas de movimentos sociais voltados para a área da saúde. Isto pode ser verificado no Quadro 9, onde apenas 10,5% dos conselheiros acreditam existir no município uma história de luta dos movimentos sociais na área da saúde, o que corresponde a 2 entrevistados. Foi verificado, junto à Secretaria de Saúde, que a criação do Conselho no município se deu de fato por iniciativa do poder executivo local, e não por pressão de movimentos e de entidades. A própria institucionalização destes mecanismos na Constituição de 1988 força, de certo modo, a sua criação nos municípios pelo poder público.

Quadro 9 – A força dos movimentos sociais na área da saúde (CMS Viçosa), em número de respondentes

Count		Você acredita que há no município uma história de luta dos movimentos sociais na área da saúde	
		sim	Total
Em caso afirmativo, atribua a nota	6,00	1	1
expressando a força do movimento	8,00	1	1
Total		2	2

Este fato, inclusive, pode ser um indício da natureza amistosa e responsável da relação entre o poder executivo local e o Conselho, haja vista que 57,89% dos conselheiros assim definem esta relação (Figura 23). A própria ausência de pressão popular, exercida pelos movimentos sociais, no sentido reivindicatório e de contestação das políticas e dos governos que não atentam para as áreas sociais, reflete o perfil amistoso da relação.

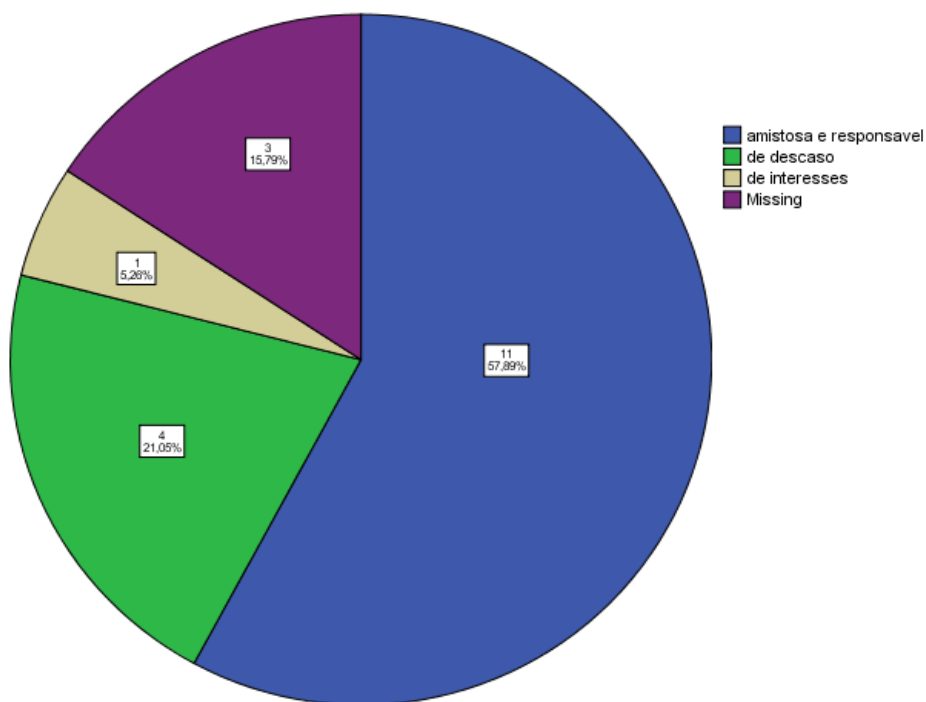


Figura 23 – Frequência de resposta da questão 18 no CMS Viçosa (Qual a natureza histórica da relação entre o governo municipal e o Conselho?).

Por outro lado, no município de Ubá, há uma história de lutas de movimentos, sindicatos e associações devido ao perfil industrial da cidade. Em decorrência disto, cria-se uma cultura de participação maior da sociedade, através de movimentos organizados. Estes movimentos organizados da sociedade, por sua vez, têm maior poder de reivindicação de direitos sociais, como a saúde dos trabalhadores, de negociação e de pressão política. Isto reflete a natureza mais complexa da relação entre o Conselho e o governo municipal, conforme identificada na Figura 24, onde se observa que para 50% dos conselheiros esta é uma relação conflituosa e de interesses.

Em Ubá, verifica-se um embate de forças polarizados por movimentos e entidades sociais de um lado, e governo de outro, equilibrando o poder no processo decisório. Soma-se a isto a opinião da maioria dos conselheiros (85%), que afirmou que há no município uma história de luta dos movimentos sociais na área da saúde. Numa escala de 0 a 10, 76,4 % destes conselheiros atribuíram notas que variam de 6 a 9 quanto a força destes movimentos no município (Quadro 10).

Quadro 10 – A força dos movimentos sociais na área da saúde (CMS Ubá), em número de respondentes

Count		Você acredita que há no município uma história de luta dos movimentos sociais na área da saúde	
		sim	Total
Em caso afirmativo, atribua a nota expressando a força do movimento	3,00	1	1
	4,00	1	1
	5,00	2	2
	6,00	4	4
	7,00	3	3
	8,00	4	4
	9,00	2	2
Total		17	17

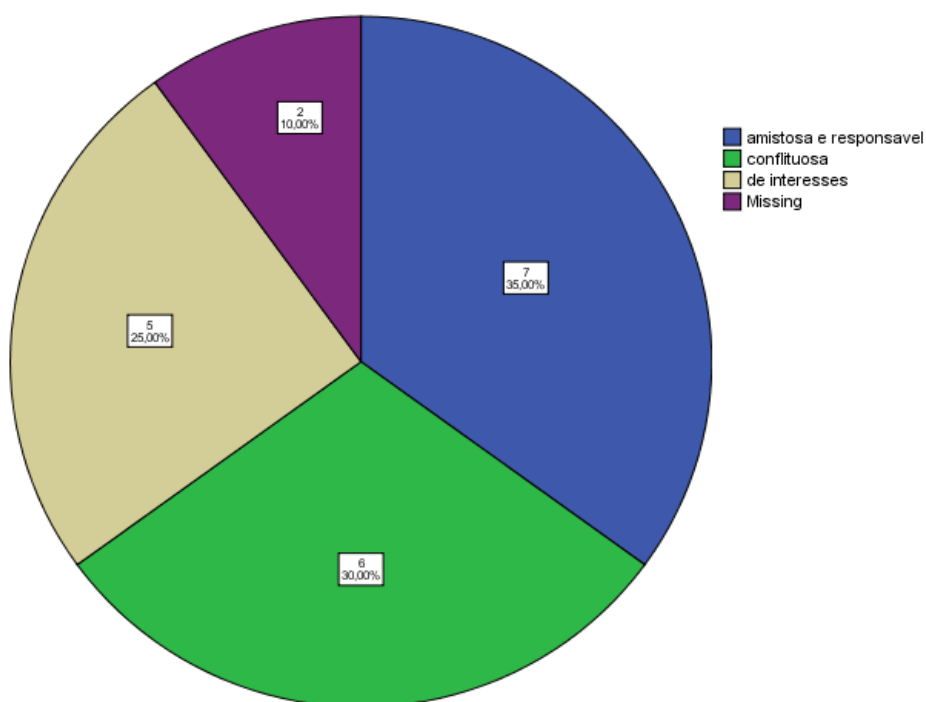


Figura 24 – Frequência de resposta da questão 18 no CMS Ubá (Qual a natureza histórica da relação entre o governo municipal e o Conselho?).

Finalizando este capítulo, verificou-se que a base teórica do trabalho pôde ser constatada na prática por meio dos resultados obtidos na pesquisa. Assim, os resultados encontrados nas análises efetuadas comprovaram os fatores relacionados ao poder, de acordo com os métodos que foram empregados no estudo, portanto, permitindo identificar os grupos de conselheiros que exercem o poder no processo decisório dos Conselhos.

## 5. CONCLUSÕES

O processo de redemocratização do país possibilitou a construção das propostas de democracia participativa. A criação e disseminação dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas pelo país afora, a partir de sua institucionalização pela Constituição Federal de 1988, são reflexos da necessidade de se reformar as instituições de governo local no Brasil, cujo aspecto central trata-se de uma maior participação direta da sociedade na gestão dos municípios e na formulação das políticas públicas. A democracia participativa significa pleitear o direito de assento nos espaços de tomada de decisão dos interesses públicos, assim como a construção de uma cultura política democrática fortalecida, em especial, pelo exercício da cidadania ativa.

A participação da sociedade nos fóruns colegiados de deliberação pública, como os Conselhos Gestores, implica em um duplo impacto. Primeiramente, o desenvolvimento da cultura política democrática teria como consequência o impulsionamento da ação coletiva, fortalecendo práticas políticas como a negociação, a contestação e a reivindicação. Um outro impacto faria referência à política pública, no sentido de maior democracia na alocação de recursos públicos, possibilitando à sociedade controlar as ações do poder público.

Apesar da relevância da atuação dos Conselhos de Políticas Públicas em conjunto com a participação da sociedade civil, é sabido que existem dificuldades inerentes ao processo de tomada de decisão no interior destes mecanismos de gestão participativa. São apontadas algumas destas dificuldades, tais como: a recusa de governos em partilhar o poder, a desigualdade de recursos entre os atores participantes e a centralidade e o protagonismo dos atores estatais.

A ciência destas dificuldades no interior dos Conselhos, levou-nos a propor uma análise do poder dentro dos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios de Viçosa e Ubá, ambos pólos microrregionais de saúde na zona da mata mineira, no sentido de verificar se os novos participantes são capazes de exercer o poder no processo de tomada de decisão destes fóruns. Desse modo, a análise da distribuição do poder dentro desses mecanismos permite o

delineamento das forças dos grupos no processo decisório e na gestão participativa das políticas públicas de saúde.

Especificamente, buscou-se identificar os grupos de conselheiros cujas preferências no processo decisório predominam sobre as demais, na percepção dos próprios membros; identificar a correlação que existe entre a posse de recursos materiais, informacionais e pessoais mobilizados pelos conselheiros e o poder de decidir; e, por último, identificar a correlação entre as posições institucionais estratégicas e o poder de tomar as decisões.

Para a operacionalização metodológica dos objetivos propostos, foram utilizados os métodos posicional e decisional. Este preconiza que o poder é exercido por indivíduos ou grupos que, num processo decisório específico e conflituoso, faz com que suas preferências predominem sobre as dos demais. Para que o método fosse aplicado coerentemente, atentou-se para o estudo dos processos decisórios (reuniões), através da observação direta, corroborada pelos dados primários obtidos via questionário. O método posicional, por sua vez, situa o poder nas posições estratégicas ocupadas pelos indivíduos nas instituições. Aqui, essas posições compreenderam os cargos de secretário municipal de saúde, presidente e membros da mesa diretora do Conselho de Saúde, conselheiros dirigentes de entidades prestadoras de serviços de saúde e conselheiros dirigentes de organizações e associações da sociedade.

Os dados obtidos através do questionário receberam tratamento estatístico, de modo que foram apuradas as relações de dependência entre variáveis, as correlações entre elas e as freqüências respectivas.

As análises das questões 2 e 7 e questões 6 e 8 do questionário foram realizadas através do teste qui-quadrado. Este teste permitiu verificar as relações de dependência entre as variáveis contidas nas questões.

A análise estatística inferencial realizada pelo teste nas questões 2 e 7, nos CMS de Viçosa e Ubá, rejeitou a hipótese nula (independência das variáveis), pois a análise revelou que as decisões do Conselho influenciadas pelas preferências de determinado grupo dependem do curso de ação determinado por grupo de conselheiros em ambos os Conselhos investigados. Portanto, as decisões nos Conselhos são influenciadas pelas preferências de determinado grupo, o qual também é responsável pela determinação do curso de ação a ser seguido. No caso do Conselho de Viçosa, este grupo é o dos gestores da saúde, e no Conselho de Ubá, são os representantes dos usuários

do SUS. No CMS de Viçosa, observa-se o protagonismo dos representantes dos gestores de saúde nas discussões e deliberações, acarretando um desequilíbrio de forças dentro do conselho, pois o poder se concentra de forma acentuada nas mãos dos representantes do governo. Com isso, não ocorre uma pluralidade de idéias, nem mesmo o conflito, que neste caso, é salutar para a definição de políticas melhores desenvolvidas para o atendimento das reais necessidades da população, o que teria melhor chance de acontecer com a efetiva participação de seus próprios representantes na sua formulação. No caso do CMS de Ubá, verificamos um maior equilíbrio das forças representativas no interior do conselho, com razoável centralidade nas discussões e deliberações por parte dos representantes dos usuários do SUS. O equilíbrio maior de forças possibilita maior diversidade de idéias, traz para o debate olhares diversos para a mesma realidade e enriquece o resultado do processo decisório, por meio de políticas mais eficazes tanto para o atendimento das necessidades da sociedade quanto para sua própria gestão. Neste conselho, a efetiva participação dos representantes dos usuários do SUS permite que se visualize a ampliação da participação popular, haja vista que os mesmos são capazes de exercer o poder na gestão das políticas públicas de saúde no interior desses fóruns de deliberação pública.

O exercício do poder, conforme preconizado pelo método decisional, pode ser verificado através das análises das variáveis contidas nas questões 2 e 7, visto que foram identificados os grupos de conselheiros, nos CMS de Viçosa e Ubá, cujas preferências prevalecem sobre as dos demais no processo decisório.

O teste do qui-quadrado, realizado para as questões 6 e 8 mostrou que a influência exercida pelo cargo de dirigente na tomada de decisão no Conselho depende dos recursos materiais, informacionais e pessoais que possui. Assim, a hipótese de independência destas variáveis não se concretizou, rejeitando-se a hipótese nula do teste. Com a dependência das variáveis, pode-se afirmar que quanto maiores forem os recursos possuídos, maior também será o poder de influência daqueles que ocupam posições institucionais estratégicas nas decisões do Conselho.

Ao relacionar as posições estratégicas e os recursos, com o exercício do poder, verifica-se a constatação da empregabilidade do método posicional na pesquisa. Desse modo, os cargos de secretário municipal de saúde,

presidente e membros da mesa diretora do Conselho de Saúde, conselheiros dirigentes de entidades prestadoras de serviços de saúde e conselheiros dirigentes de organizações e associações da sociedade exercem o poder no interior dos Conselhos proporcionalmente aos recursos que possuem.

Ao contrário do que se esperava, o tempo de atuação no Conselho e a escolaridade dos conselheiros não influenciaram sobremaneira as variáveis prevalência de preferências de grupos e determinação do curso de ação. Conforme se poderia imaginar e esperar uma influência maior por parte destas variáveis na relação de poder dentro dos conselhos em favor daqueles conselheiros que as detivessem, isso não ocorreu na prática. As variáveis em questão mostraram-se secundárias no que tange ao exercício do poder por parte de grupos de conselheiros.

Vale ressaltar que as análises de frequência das questões 12 e 20, para os CMS de Viçosa e Ubá, possibilitaram inferir que a análise do processo decisório em si não é suficiente, em alguns casos específicos, para a identificação dos detentores de poder. A análise das variáveis (defesa de interesses de grupos particulares e avaliação da atuação dos conselheiros) permitiu concluir que alguns conselheiros, em ambos os Conselhos, podem estar decidindo em favor de interesses de grupos particulares, externos ao Conselho. A falta de avaliação dos conselheiros por suas respectivas entidades também pode levar a uma atuação descomprometida dos mesmos, ou pior ainda, à cooptação deste conselheiro por atores internos ou externos. Estas questões inviabilizam a análise do processo decisório, como forma de identificar aqueles conselheiros que de fato exercem o poder, demonstrando na prática uma face limitadora do método decisional.

A realidade dos Conselhos Municipais de Saúde de Viçosa e Ubá é bastante distinta. A começar pela própria estrutura física e de equipamentos colocados à disposição para o funcionamento dos mesmos. Percebe-se claramente um maior conforto das instalações onde se reúne o CMS de Ubá, além dos recursos necessários ao bom andamento da reunião (computadores, projetores multimídia, internet e outros) postos à disposição do Conselho. Outro diferencial em favor do Conselho de Ubá é sua organização, em termos de planejamento de agendas de reuniões e de atividades pertinentes, de instituição de comissões de trabalho, de manter atualizados os conselheiros quanto às informações da área da saúde pública, etc. Diferentemente do CMS

de Viçosa, no Conselho de Saúde de Ubá são prestadas contas rigorosamente, a cada trimestre, por todas as entidades, públicas ou privadas, que recebem recursos governamentais, para a prestação de serviços de saúde no município. Todos estes aspectos corroboram para a maior efetividade do Conselho de Ubá em relação ao de Viçosa, o que conseqüentemente demonstra uma melhor qualidade da participação da sociedade civil no interior do Conselho Gestor de Saúde de Ubá.

Além disso, há um outro aspecto de fundamental relevância que caracteriza diferentemente, na sua essência, os Conselhos em questão. O município de Viçosa não tem, historicamente, um passado de lutas de movimentos sociais voltados para a área da saúde. Isto pode ser constatado nos próprios números da pesquisa, onde 89,5% dos conselheiros afirmaram não existir no município uma história de luta dos movimentos sociais na área da saúde.

A inexistência de movimentos sociais organizados na área da saúde em Viçosa pode ser um forte indício da natureza amistosa da relação entre o poder executivo local e o Conselho, não havendo assim embates na arena pública. É evidente que a ausência de pressão popular exercida pelos movimentos sociais, no sentido reivindicatório e de contestação das políticas e dos governos que não atentam para as áreas sociais, reflete o perfil amistoso e conciliador da relação.

No Conselho Municipal de Saúde de Viçosa, o poder de decidir os rumos da política pública do setor, os programas sociais e os demais interesses da comunidade se concentram nas mãos dos gestores de saúde. As análises realizadas comprovaram esta afirmação, através do emprego dos métodos junto às variáveis estudadas. Além do mais, a própria ausência de pressão política popular caracteriza uma relação de poder sem conflitos, onde o poder de decisão repousa tranqüilo e centralizado nas mãos do governo.

Por outro lado, no município de Ubá, há uma história de lutas de movimentos, sindicatos e associações devido ao perfil industrial da cidade. Em decorrência disto, cria-se uma cultura de participação maior da sociedade, através de movimentos organizados. Estes movimentos organizados da sociedade, por sua vez, têm maior poder de reivindicação de direitos sociais, como por exemplo, a saúde dos trabalhadores, de negociação e de pressão política.

Tudo isto reflete a natureza mais complexa da relação entre o Conselho e o governo municipal. Em Ubá, verificou-se um embate de forças polarizados por movimentos e entidades sociais de um lado, e governo de outro, equilibrando o poder no processo decisório.

O êxito maior do Conselho Municipal de Saúde de Ubá está na participação mais organizada da sociedade no interior deste mecanismo, participação esta que é consciente e comprometida com a cidadania ativa. Neste sentido, o CMS de Ubá contesta, reivindica, fiscaliza e pressiona o governo no sentido do alcance dos direitos do cidadão. Neste Conselho, pode-se afirmar, com base nas análises das variáveis realizadas, nos métodos empregados e, também, na qualidade e força da participação popular, que quem exerce o poder em sua plenitude no processo decisório são os usuários do sistema único de saúde. Contudo, é importante salientar que os gestores de saúde também tem influência na tomada de decisão, porém em menor grau que os representantes dos usuários.

As discussões sobre o poder dentro dos Conselhos não se esgota por aqui; este é apenas um começo diante dos grandes desafios que este tema oferece à pesquisa científica. As análises a respeito dos Conselhos ainda precisam investigar se as deliberações têm afetado a coordenação e execução das políticas públicas pelo poder público, tendo em mente que essa é uma nova fórmula de demonstrar como estão se configurando as relações de poder no mundo da política.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, Martha. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, n. 40, v. 14, p. 111-141, 1999.

\_\_\_\_\_. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? Revista Brasileira de Ciências Sociais, n. 31, ano XI, p. 44-66, 1996.

BANCO MUNDIAL Relatório sobre desenvolvimento mundial e pobreza. Reunião do Comitê Executivo. México 2002.

\_\_\_\_\_. Más Allá Del Centro: la descentralización del Estado. Estudios Del Banco Mundial sobre América Latina y Caribe. Puentes de vista. Washington, D. C., 1999.

BENTO, Leonardo Valles. Governança e governabilidade na reforma do Estado: entre eficiência e democratização. Barueri, SP: Manole, 2003.

BLAU, P. M. Exchange and Power in social life. Nova York: John Wiley, 1967. 117p.

BRESSER PEREIRA. Disponível em <[http://www.bresserpereira.org.br/ver\\_file.asp?id=281](http://www.bresserpereira.org.br/ver_file.asp?id=281)>. Acesso em 03 de maio de 2008.

CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira; COSTA, Bruno Lazzarotti Diniz. Inovação institucional e accountability : o caso dos conselhos setoriais. In: VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina, 5-9 nov., 2001.

CARVALHO, Antônio Ivo. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Ibam/Fasae, 1995.

CARVALHO, José Murilo de. Os Bestializados. São Paulo: Cia. das Letras, 1987.

COELHO, Magda; DINIZ, Eli. Governabilidade, Governança Local e Pobreza no Brasil. Rio de Janeiro, IUPERJ, 1995.

CONSTITUIÇÃO/1988 – Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. 13. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000.

DAGNINO, Evelina. Anos 90 – Política e Sociedade no Brasil. São Paulo: Brasiliense, 1994.

DAHL, Robert. (1970), "Uma crítica do modelo de elite dirigente", in \_\_\_\_\_, Sociologia política II, Rio de Janeiro, Zahar.

DAHL, R. A. Power. International Encyclopaedia of the Social Sciences. v.12. Nova York: Collier-Macmillan, 1968. 407p.

DAHRENDORF, R. Class and class conflict industrial society. Palo Alto: Stanford University Press, 1959. 166p.

- DINIZ, Eli. Governabilidade, Democracia e Reforma do Estado: Os Desafios da Construção de uma Nova Ordem no Brasil dos Anos 90. In: DADOS – Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 385-415. 1995.
- DINIZ, Eli; AZEVEDO, Sérgio. Reforma do Estado e Democracia no Brasil: dilemas e perspectivas. UNB/ENAP, 1995.
- DOIMO, Ana Maria. A Vez e a Voz do Popular - Movimentos sociais e participação política no Brasil pós- 70. Rio de Janeiro: Relume - Dumará: ANPOCS. 1995.
- DRAIBE, S. A nova institucionalidade do sistema brasileiro de políticas sociais: os conselhos nacionais de políticas setoriais. Campinas: Nepp/Unicamp, 1998.
- FRENCH, J. R. P.; RAVEN, B. The bases of social Power. In D. Cartwright e A. Zander (orgs.). Group Dynamics: Research and Theory. Londres: Tavistock, 1960. 609p.
- FUKS, Mário; PERISSINOTTO, Renato Monseff; SOUZA, Nelson Rosário. (orgs.). Democracia e participação: os conselhos gestores do Paraná. Curitiba: UFPR, 2004.
- GENRO, Tarso. A Utopia Possível. 2. ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios Editora. 1995.
- GOHN, Maria da Glória. Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003. (Coleção questões da nossa época; v.84)
- \_\_\_\_\_. Teoria dos Movimentos Sociais. São Paulo: Loyola, 1997.
- GRAU, Nuria Cunnil. Módulos críticos da accountability societal – extraindo lições de sua institucionalização na América Latina. In: A responsabilização na nova gestão pública. CLAD-BID, 2000.
- GUIMARÃES, Tomas de Aquino. A nova administração pública e a abordagem da competência. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, FGV, 34(3): 125-40, Maio/Jun. 2000.
- HAIR JR., J. F.; BABIN, B.; MONEY, A. H.; SAMOUEL, P. Fundamentos de métodos de pesquisa em administração. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- JANN, Werner. Governance. In: Eichhom, Peter (org.). Verwaltungslexikon, 3. ed. Aufe. Baden Baden, p. 449-451, 2003.
- KAPLAN, Abraham; LASSWELL, Harold. Poder e sociedade. Traduzido por Maria Lucy Gurgel Valente de Seixas Corrêa. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1979. 328p.
- KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo. Os paradigmas da administração pública no Brasil (1900-1992). Revista de Administração de Empresas, v. 34, n. 3, p. 41-48. 1994.
- LEBRUN, Gérard. O que é poder. Tradução Renato Janine Ribeiro e Sílvia Lara Ribeiro. São Paulo: Abril Cultural, Brasiliense, 1984. 122p.
- LÖFFER, Elke. Governance: die neue generation von staatsund Verwaltungs – modernisierung. Verwaltung + Management, v. 7, n. 4, p. 212-215, 2001.
- MAROCO, João. Análise estatística: com utilização do SPSS. 3. ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2007.

- MARTIN, Roderick. Sociologia do poder. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 225p.
- MARTINS, Marcelo Feijó et al. Conselhos Municipais de Políticas Públicas: uma análise exploratória. Revista do Serviço Público, Brasília v.59, n.2, pp151-185, abr-jun, 2008.
- MILLS, Charles Wright. Sociologia. Organizadora Heloísa Rodrigues Fernandes. Tradução Aldo Bocchini Neto e Mitsue Morissawa. São Paulo: Ática, 1985. 216p.
- MINTZBERG, Henry. Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações. Tradução Cyro Bernardes. São Paulo: Atlas, 1995. 304p.
- NORONHA, Rudolf de. Avaliação Comparativa dos Conselhos Municipais. In: Conselhos Gestores de Políticas Públicas, São Paulo, Polis, n. 37, 2000.
- NOVELLI, Ana Lúcia Romero. O papel institucional da comunicação pública para o sucesso da governança. Revista Brasileira de Comunicação Organizacional e Relações Públicas, ano 3, série 4, p. 74-89, 2004.
- O'DONNELL, Guillermo. Notas sobre várias accountabilities. Mimeo. 2000.
- \_\_\_\_\_. Sobre o corporativismo e a nação do Estado. Cadernos DCP. Belo Horizonte: Departamento de Ciência Política da UFMG, 1976.
- PARSONS, T. On the concept of political Power. Sociological Theory and Modern Society. Nova York: Free Press, 1967.
- PEREIRA, Luis Carlos Bresser; SPINK, Peter Kevin. Reforma do Estado e administração pública gerencial. 6. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- POLSBY, N. (1963), Community power and political theory. New Haven, Yale University Press.
- POULANTZAS, Nicos. Poder político e classes sociais. Tradução de Francisco Silva. Revisão de Carlos Roberto F. Nogueira. São Paulo: Martins Fontes, 1977. 354p.
- PUTNAM, R. D. The Comparative Study of political Elites. New Jersey: Prentice Hall
- ROFMAN, Alejandro. Aspectos Conceptuales sobre Descentralización Político-administrativa en America Latina, In: Seminario-Taller sobre: Descentralización de los Servicios de Salud como estrategia para el Desarrollo de los sistemas Locales de Salud, Quito, maio/junho 1990.
- SADER, Eder. Quando novos personagens entram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo, 1970-1980. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.
- SANTOS JR., Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio. Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004.
- SANTOS, Mauro Rego Monteiro dos. Conselhos municipais: a participação cívica na gestão das políticas públicas. Dissertação (Mestrado). Programa de Mestrado da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Planejamento Urbano e Regional. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.

SCHEVISBISKI, Renata Schlumberger. Regras Institucionais e Processo Decisório de Políticas Públicas: uma análise sobre o Conselho Nacional de Saúde (1990-2006). Dissertação (Mestrado). Programa de Mestrado em Ciência Política. Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2007.

SOMARRIBA, Mercês. Movimento Reivindicatório Urbano e Política em Belo Horizonte. In: NEVES, Magda de Almeida e DULCI, Otávio Soares (org.). Belo Horizonte: Poder, Política e Movimentos Sociais, Belo Horizonte: c/ Arte. 1996.

WRIGHT MILLS, C. (1985), "A elite do poder: militar, econômica e política", in H.Fernandes (org.), Wright Mills, São Paulo, Ática (col. Grandes Cientistas Sociais, 48).

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. Sistematização: Efetividade e Eficácia dos Conselhos. In: Conselhos Gestores de Políticas Públicas, São Paulo, Polis, n. 37, 2000.

TELLES, Vera da Silva. Sociedade Civil e a Construção de Espaços Públicos. In: DAGNINO, Evelina (org.). Os anos 90: Política e Sociedade no Brasil, São Paulo: Brasiliense, 1994.

TRIOLA, Mario F. Introdução à estatística. 10. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

VERGARA, Sylvia Constant. Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração. São Paulo: Atlas, 1997.

\_\_\_\_\_. Métodos de Pesquisa em Administração. São Paulo: Ed. Atlas, 2005.

WEBER, Max. Law in Economy and Society. Cambridge: Harvard University Press, 1954. 323p.

## APÊNDICE A – Questionário aplicado aos membros do conselho

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE QUESTIONÁRIO SÃO SIGILOSAS

Esta pesquisa exploratória visa identificar as características do Conselho Gestor. Para tanto, sua colaboração é valiosa. Nossos agradecimentos.

### CONSELHEIRO

1. Escolaridade:  
 1º grau     2º grau completo     Curso superior incompleto  
 Curso superior completo     Especialização    ↑  
 Mestrado     Doutorado
2. Área de Formação profissional: \_\_\_\_\_
3. Estado Civil: \_\_\_\_\_ 4. Idade: \_\_\_\_\_ 5. Sexo:  M  F
6. Trabalho :  Setor público     Setor privado
7. Cargo atual: \_\_\_\_\_
8. Tempo de atuação no Conselho : \_\_\_\_\_
9. Entidade que representa: \_\_\_\_\_
10. Ano que foi instituído o Conselho de Saúde no município: \_\_\_\_\_

### CONSELHO GESTOR

1. O debate nas reuniões do conselho se concentra mais na pessoa dos conselheiros:  
 representantes dos usuários do SUS     representantes dos gestores da saúde  
 representantes dos prestadores de serviços de saúde  
 representantes dos trabalhadores de saúde
2. As decisões do conselho são influenciadas pelas preferências de que grupos de conselheiros?  
 representantes dos usuários do SUS     representantes dos gestores da saúde  
 representantes dos prestadores de serviços de saúde  
 representantes dos trabalhadores de saúde
3. Nas decisões do conselho, que grupos se aproveitam mais do poder (econômico, político, educacional, cultural, intelectual, etc.) para fazer valer seus interesses e posições?  
 representantes dos usuários do SUS     representantes dos gestores da saúde  
 representantes dos prestadores de serviços de saúde  
 representantes dos trabalhadores de saúde

4. Em sua opinião, quem define os temas que compõem a pauta das reuniões do Conselho?  
( ) a plenária do conselho ( ) o presidente do conselho ( ) a mesa diretora do conselho ( ) qualquer conselheiro
5. Os pedidos de apuração de denúncias, de omissões e de maus serviços encaminhados pelos diversos grupos de conselheiros são tratados da mesma forma?  
( ) nunca ( ) esporadicamente ( ) na maioria das vezes  
( ) sempre  
\* caso considere que algum grupo de conselheiro tem primazia no tratamento, cite-o:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. O poder de tomar as decisões no Conselho é influenciado em que grau de importância por seus dirigentes e/ou por dirigentes de órgãos públicos e de entidades  
( ) sem importância ( ) pouca importância  
( ) com importância ( ) com muita importância
7. Que conselheiros determinam, com maior frequência, o curso de ação a ser seguido pelo Conselho?  
( ) representantes dos usuários do SUS ( ) representantes dos gestores da saúde  
( ) representantes dos prestadores de serviços de saúde ( ) representantes dos trabalhadores de saúde
8. Qual grau de importância dos recursos materiais, informacionais e pessoais possuídos por conselheiros, no que tange ao seu poder de decidir no conselho?  
( ) sem importância ( ) pouca importância  
( ) com importância ( ) com muita importância
9. Marque com um "x" o grupo de conselheiros que possuem maiores recursos materiais e com um "y" aqueles que possuem menos:  
( ) representantes dos usuários do SUS ( ) representantes dos gestores da saúde  
( ) representantes dos prestadores de serviços de saúde ( ) representantes dos trabalhadores de saúde
10. Marque com um "x" o grupo de conselheiros que possuem maiores recursos informacionais e com um "y" aqueles que possuem menos:  
( ) representantes dos usuários do SUS ( ) representantes dos gestores da saúde  
( ) representantes dos prestadores de serviços de saúde ( ) representantes dos trabalhadores de saúde

11. Marque com um “x” o grupo de conselheiros que possuem maiores recursos pessoais e com um “y” aqueles que possuem menos:  
 representantes dos usuários do SUS     representantes dos gestores da saúde     representantes dos prestadores de serviços de saúde  
 representantes dos trabalhadores de saúde
12. Com que frequência, são defendidos, no Conselho, interesses de grupos particulares em detrimento dos interesses da coletividade?  
 nunca                       às vezes                       na maioria das vezes  
 sempre
13. Qual grupo de conselheiros está mais preparado/qualificado para desempenhar a função?  
 representantes dos usuários do SUS     representantes dos gestores da saúde     representantes dos prestadores de serviços de saúde  
 representantes dos trabalhadores de saúde
14. Qual grupo de conselheiros está menos preparado/qualificado para desempenhar a função?  
 representantes dos usuários do SUS     representantes dos gestores da saúde     representantes dos prestadores de serviços de saúde  
 representantes dos trabalhadores de saúde
15. Em que medida de importância, a capacitação técnica de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do Conselho?  
 sem importância                       pouca importância  
 com importância                       com muita importância
16. Em que medida de importância, a capacitação política de conselheiros é um fator determinante para o seu poder de discutir e de decidir conscientemente nas deliberações do Conselho?  
 sem importância                       pouca importância  
 com importância                       com muita importância
17. Como se deu o processo de criação e institucionalização do Conselho Municipal de Saúde no município?  
 por força de movimentos sociais                       por iniciativa exclusiva do governo municipal                       por iniciativa de entidades representativas  
 outros: \_\_\_\_\_
18. Qual a natureza histórica da relação entre o governo municipal e o Conselho?  
 amistosa e responsável                       conflituosa  
 de descaso                       de interesses  
 outra, qual? \_\_\_\_\_
19. Numa escala de 0 a 10, como você classificaria a representatividade do Conselho?  
 ( )

20. Os conselheiros são avaliados periodicamente pelas respectivas entidades no que se refere a atuação deles no Conselho?  
( ) nenhuma avalia ( ) poucas avaliam ( ) a grande maioria avalia  
( ) todas avaliam
21. Você acredita que há, no município, uma história de luta dos movimentos sociais na área da saúde?  
( ) não ( ) sim  
Se afirmativo, responda: numa escala de 0 a 10 qual tem sido a força deste movimento?  
( )
22. Espaço aberto para possíveis comentários:

## **ANEXO A – Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de UBÁ (MG)**

### **CAPÍTULO I**

#### **DA INSTITUIÇÃO**

**Art.1º:** O presente Regimento regula as atividades e atribuições do CMS/UBÁ-MG, regulamentado pela Lei Federal 8.142, de 28/12/1990, e publicado no DOU, no dia 31/12/1990, Lei Orgânica Municipal pelo art. 278, instituído e regulamentado pela Lei 3.317, de 05/03/2004, alterado pela Lei 3.481 de 30/08/2005.

#### **DA DEFINIÇÃO**

**Art. 2º:** O CMS/UBÁ-MG, órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, normativo e fiscalizador, constitui instância máxima municipal no que diz respeito ao planejamento, acompanhamento do gerenciamento, avaliação e controle da execução da política municipal de saúde e seu financiamento.

### **CAPÍTULO II**

#### **DAS DIRETRIZES BÁSICAS DE ATUAÇÃO.**

**Art. 3º:** O CMS/UBÁ-MG, no exercício de suas atribuições, observará a legislação e normas Federal, Estadual e Municipal bem como as diretrizes aprovadas pelas conferências de saúde, visando garantir:

- a)** Uma política de saúde que assegure o desenvolvimento e a complementaridade entre as dimensões preventivas e assistenciais, garantindo a universalização e o acesso igualitário a um ambiente sadio e os serviços de saúde a toda a população do município de Ubá-MG.
- b)** Controle social, hierarquização, regionalização, universalização do acesso, equidade, instituindo um sistema de ações e serviços resolutivos, eficazes e eficientes, com base nas realidades sócio-epidemiológicas das diversas regiões sanitárias do município de Ubá-MG.
- c)** Opinar junto às instituições competentes quanto às necessidades de formação de recursos humanos em saúde, sugerindo diretrizes quantitativas e qualitativas para os recursos.

- d) Elevar o nível de consciência sanitária de cada cidadão do município e estimular a participação popular.

### **CAPÍTULO III**

#### **DA COMPOSIÇÃO**

**Art. 4º:** O CMS/UBÁ-MG será composto por trinta e dois membros titulares e trinta e dois membros suplentes de forma paritária, sendo vinte e cinco por cento entre gestor e prestadores, vinte e cinco por cento de trabalhadores da área de saúde e cinquenta por cento de representantes dos usuários, conforme definição das leis do SUS e Resolução 333 do CNS.

- I- Governos 04(quatro) representantes.
- II- Prestadores de serviços 04(quatro) representantes.
- III- Profissionais de saúde 08(oito) representantes.
- IV- Usuários 16(dezesseis) representantes.

### **CAPÍTULO IV**

#### **DAS INDICAÇÕES E SUBSTITUIÇÕES.**

**Art. 5º:** Os representantes a serem indicados pelas entidades serão escolhidos em assembléia convocada para este fim, respeitados seus regimentos internos, salvo os representantes das Instituições Prestadoras de Serviços e do Governo Municipal, por suas particularidades. A indicação deverá ser comunicada ao CMS/UBÁ- MG mediante correspondência específica acompanhada de ata da Assembléia que os elegeu, aos cuidados da comissão de monitoramento do processo eleitoral constituída pelo CMS/UBÁ- MG.

§ .1º - Um Conselheiro só poderá representar uma entidade.

§. 2º - Será considerada como existente, para fins de participação no CMS/UBÁ-MG, a entidade que comprovar estar regularmente constituída, funcionando há mais de um ano, bem como registrada em órgão competente, quando for o caso.

§. 3º - A indicação dos representantes do Governo Municipal será de livre escolha do prefeito.

§. 4º - O exercício do mandato dos Conselheiros terá vigência de dois anos, podendo ser reconduzido. A indicação deverá ser comunicada ao CMS/UBÁ-MG mediante correspondência específica acompanhada de Ata da Assembléia. O Conselheiro será empossado após a nomeação a ser feita pelo Prefeito Municipal.

§ 5º - Cada um dos representantes será um Conselheiro e deverá ter um suplente, indicado formalmente pela entidade que representa, para a sua substituição. O suplente indicado poderá participar, sem direito a voto, e com direito à voz, mesmo

na presença do representante efetivo, em todas as atividades do CMS/UBÁ-MG que implique na presença do representante efetivo.

§. 6º- O representante suplente assumirá automaticamente todas as funções e direitos de Conselheiro, inclusive o de voto, quando o representante efetivo se afastar temporária ou definitivamente das atividades da Plenária do CMS/UBÁ-MG.

§. 7º - O Secretário Municipal de Saúde é membro nato do CMS/UBÁ-MG.

§ 8º - Nos impedimentos legais do Presidente, um novo Presidente, em caráter temporário, será eleito pela plenária e assumirá a presidência do CMS/UBÁ-MG.

## **CAPÍTULO V**

### **DAS ATRIBUIÇÕES**

**Art. 6º:** São atribuições do Conselho Municipal de Saúde:

I. Zelar pelo cumprimento da Lei Municipal nº. 3.317, de 05 de março de 2004, alterada pela Lei 3.481 de 30 de agosto de 2005.que institui o CMS/UBÁ-MG, a Conferência Municipal de Saúde e dar outras providências; bem como pelo cumprimento das atribuições estabelecidas em Leis que impliquem em questões de interesse sanitário da municipalidade.

II. Deliberar sobre os casos omissos deste Regimento Interno.

**Art. 7º:** São atribuições dos membros do CMS/UBÁ-MG:

- a) propor, apreciar e aprovar as normas regimentais
- b) obedecer as normas regimentais
- c) comparecer às reuniões na data e horário prefixados
- d) participar de todas as discussões e deliberações da Plenária do CMS/UBÁ-MG
- e) participar de todas as discussões e trabalhos de Comissão a que pertencerem
- f) votar as proposições submetidas à deliberação
- g) justificar seu voto, quando for o caso
- h) apresentar proposições, requerimentos, moções, denúncias, esclarecimentos e questões de ordem
- i) desempenhar as funções para as quais forem designados
- j) relatar os assuntos que lhe forem atribuídos
- k) apresentar retificações ou impugnação das atas antes de sua aprovação e imediatamente após sua leitura
- l) assinar as atas das reuniões de que participou
- m)justificar a ausência

## CAPÍTULO VI

### DA CONVOCAÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE.

**Art. 8º:** O CMS/UBÁ-MG reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês e, extraordinariamente, quando convocado pela Mesa Diretora ou por cinquenta por cento mais um dos seus componentes.

**§1º-** O CMS/UBÁ-MG reunir-se-á ordinariamente em dia de semana e horário pré-fixados, definindo assim o calendário anual das reuniões ordinárias. Se por algum motivo imprevisto o dia previamente fixado coincidir com feriado ou suspensão de trabalho, a reunião ficará automaticamente transferida para o mesmo dia e horário da semana seguinte.

**§2º-** As reuniões ordinárias deverão ser convocadas com antecedência mínima de sete dias e as extraordinárias convocadas com antecedência mínima de setenta e duas horas, devendo acompanhar a pauta dos trabalhos ou o motivo de sua convocação.

**Art. 9:** As reuniões extraordinárias serão convocadas para deliberar sobre matérias urgentes, e ou inadiáveis devendo ter quorum de metade mais um dos membros do CMS/UBÁ-MG.

**Art. 10:** As sessões destinam-se à discussão e votação de toda matéria constante da pauta ou objetivo da convocação extraordinária.

**Parágrafo único:** No caso de não esgotamento da pauta durante a sessão estabelecida na convocatória, o CMS/UBÁ-MG poderá prorrogar o tempo de duração da sessão ou marcar nova data para a continuidade dos trabalhos.

**Art. 11:** A pauta das reuniões ordinárias será definida pelo CMS/UBÁ-MG ao término de cada reunião.

**Art. 12:** Deverá estar à disposição dos conselheiros a pauta e o material de trabalho das reuniões ordinárias com antecedência mínima de sete dias, e das reuniões extraordinárias com antecedência mínima de setenta e duas horas.

**Art. 13:** A pauta das reuniões poderá ser alterada para inclusão de assuntos relevantes ou de preferência, assim como é permitida a retirada de assunto por requerimento verbal de qualquer conselheiro, mediante aprovação de cinquenta por cento mais um dos integrantes.

**Art. 14:** Todos os pontos de pauta das reuniões ordinárias, assim que definidos em plenária, serão distribuídos entre os conselheiros. Caberá ao conselheiro

responsável por um dos pontos de pauta zelar pela sua melhor discussão e defesa.

**Parágrafo único:** Os pontos de pauta que não tenham a necessidade de ser distribuídos entre os conselheiros serão listados pela plenária ou pela mesa diretora após sua definição.

## CAPITULO VII

### DAS REUNIÕES, DELIBERAÇÕES E FUNCIONAMENTO

**Art. 15:** O CMS/Ubá se reunirá com a presença de cinquenta por cento mais um de seus membros, considerando-se os suplentes que estiverem substituindo os titulares, sendo as atividades coordenadas por sua Mesa Diretora, devendo os participantes assinar lista de presença.

**Parágrafo único:** A lista de presença se estenderá por trinta minutos do início da reunião.

**Art. 16:** O CMS/Ubá-MG deliberará por cinquenta por cento mais um de seus membros, considerando os suplentes que estiverem em exercício, sendo a votação em aberto.

**Art. 17:** A plenária do CMS/Ubá-MG obedecerá à seguinte ordem do dia:

- a) Abertura e verificação do número de conselheiros presentes;
- b) Leitura, discussão e aprovação da Ata de reunião anterior;
- c) Leitura do expediente, comunicações, requerimentos, moções, indicações e proposições;
- d) Discussão e deliberação das matérias em pauta;
- e) Distribuições de processos para elaboração dos respectivos pareceres por parte das comissões;
- f) Indicação de pauta para a reunião subsequente;
- g) Abertura da palavra ao público;
- h) Assuntos gerais.

**Parágrafo único:** Não havendo quorum será realizada uma nova e definitiva chamada no período de trinta minutos. Persistindo a falta de quorum a reunião será cancelada.

**Art. 18:** Qualquer membro do CMS/Ubá-MG presente na reunião poderá pedir vistas da matéria antes que a mesma entre em votação.

Parágrafo Único: No caso de matéria urgente o Conselheiro terá o prazo máximo de 72 horas para rever a matéria.

**Art. 19:** Todo pedido de vistas terá um prazo até a próxima reunião ordinária para ser analisado.

**§1º-** Os pedidos de vistas de uma mesma matéria só será concedido uma única vez a cada conselheiro.

**§2º-** Os pedidos de vistas só será concedido após a exposição da matéria ao plenário.

**§3º-** As questões sujeitas à análise do conselho serão atuadas em processo e classificadas por ordem cronológica de entrada no protocolo e distribuídas aos conselheiros, pela secretaria, para conhecimento, de acordo com prioridade.

**§4º-** Após entrar na pauta de um plenário, a matéria deverá ser, obrigatoriamente, votada no prazo máximo de 03(três) plenários.

**Art. 20:** Encerrada a discussão do ponto em questão, a pedido de qualquer membro do Conselho o procedimento de votação seguirá:

**A)** Enunciado da(s) proposta(s);

**B)** Abertura para pedidos de esclarecimentos;

**C)** Defesa da(s) mesma(s) por um conselheiro em tempo máximo de cinco minutos;

**D)** Regime de votação, onde não será mais concedida a palavra a nenhum conselheiro.

**§1º -** Não serão permitidos votos por procuração.

**§2º -** Cada conselheiro efetivo terá direito a um único voto.

**§3º -** Para toda votação que terminar em empate caberá ao presidente da sessão o voto de qualidade.

**Art. 21:** As deliberações do CMS/Ubá-MG serão registradas em Ata, que antes de ser aprovada deverá ser encaminhada, na qualidade de documento de circulação restrita e de validade provisória, junto com a pauta da reunião subsequente. A Ata será aprovada pelo Conselho antes de sua difusão pública.

**Parágrafo único:** De cada sessão ordinária ou extraordinária do CMS/Ubá-MG será lavrada Ata Circunstanciada, da qual deverá constar:

**a)** Dia, hora e local de sua realização, nome de quem a presidiu e pauta da reunião;

**b)** Nomes dos membros presentes;

**c)** Discussão porventura havida a propósito da Ata da sessão anterior e o resultado de sua votação;

**d)** Resumo das discussões havidas e os resultados das votações dos assuntos constantes na pauta e as decisões tomadas;

**e)** As declarações de votos, que devem ser encaminhadas á mesa por escrito, transcritas na íntegra.

**Art. 22:** A reunião do CMS/Ubá-MG não deverá ter duração superior a quatro horas.

**Art. 23:** Somente a plenária do CMS/Ubá-MG poderá alterar suas resoluções por cinquenta por cento mais um.

**Art. 24:** As Atas e listas de presenças do CMS/Ubá-MG poderão ser informatizadas ou registradas em livro próprio.

**Art. 25:** A plenária do CMS/Ubá-MG poderá alterar as resoluções de qualquer outra de suas instâncias delegadas para tanto, pelo voto de cinquenta por cento mais um de seus membros.

**Art. 26:** São instrumentos soberanos de reunião sobre todos os processos, inclusive o de votação:

- a) Questão de ordem;
- b) Pedido de verificação de quorum;
- c) Pedido de recontagem de voto.

**Art. 27:** São instrumentos rotineiros de funcionamento de reunião:

- a) Pedido de limitação do tempo de intervenção de cada conselheiro;
- b) Pedido de abertura de inscrição para intervenção;
- c) Garantia de palavra;
- d) Pedido de aparte do conselheiro no direito da palavra;
- e) Pedido de esclarecimento;
- f) Pedido de justificação;
- g) Pedido de inclusão em ata de documentos ou pronunciamentos.

**Art. 28:** As reuniões ordinárias e extraordinárias da plenária do CMS/Ubá-MG serão de caráter público e aberto.

**§1º** - O CMS/Ubá-MG, quando entender oportuno, poderá, através dos seus órgãos integrantes, convidar para participar das suas reuniões e atividades, técnicos ou representantes de instituições ou da sociedade civil organizada, desde que diretamente envolvidos nos assuntos que estiverem sendo tratados.

**§2º** - As sessões plenárias ordinárias e extraordinárias deverão ser de livre acesso ao público, com divulgação prévia da pauta, data e local das reuniões, através de comunicação escrita fixada em mural próprio.

**§3º**- Nas reuniões do CMS/Ubá-MG haverá até quinze minutos reservados ao pronunciamento do público de forma a permitir ao máximo cinco inscrições por sessão, tempo este que será dividido entre os inscritos.

**§4º**- O direito a voz dado ao público passará por aprovação e votação da plenária.

**Art. 29:** O CMS/Ubá-MG, em qualquer instância, somente poderá deliberar com a presença de cinquenta por cento mais um dos membros que o compõem,

considerando os suplentes que estiverem em exercício, sendo a votação em aberto.

**Art. 30:** As decisões do Conselho serão expressas através de resoluções, e quando estas implicarem decisões normativas ou procedimentos serão baixadas as portarias respectivas a tais resoluções pela SMS/Ubá-MG.

**Art. 31:** Os assuntos incluídos na ordem do dia, que por qualquer motivo não tenham sido objeto de discussão e deliberação pela plenária, deverão constar necessariamente na pauta da reunião ordinária subsequente.

## ***CAPITULO VIII***

### **DOS ÓRGÃOS INTEGRANTES.**

**Art. 32:** O Conselho Municipal de Saúde tem a seguinte organização:

- A** - Plenário
- B** - Mesa Diretora
- C** - Comissões Intersetoriais e ou Especiais
- D** - Secretaria Executiva
- E** - Ouvidoria Municipal de Saúde

### **DO PLENÁRIO**

**Art. 33:** O Plenário do Conselho Municipal de Saúde é o órgão de deliberação , configurado pela Reunião Ordinária ou Extraordinária dos conselheiros nomeados, que cumpra os requisitos de funcionamento estabelecidos neste Regimento.

**Art. 34:** Compete aos membros integrantes do plenário:

- A** - Comparecer às reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS/Ubá justificando por escrito, previamente, as faltas que ocorrer;
- B** - Requerer, justificadamente, que contenha na pauta, assuntos que devam ser objetos de discussão e deliberação do CMS/UBÁ-MG, bem como preferência para exame de matéria de caráter de urgência, aprovado pelo plenário;
- C** - Representar o CMS/UBÁ-MG quando designado por seu plenário;
- D** - Requerer a convocação de reuniões extraordinárias do plenário e mesa diretora para discussão e deliberação de assuntos urgentes e prioritários;
- E** - Apresentar propostas de resoluções e formular moções ou proposições no âmbito de competência do CMS/UBÁ-MG;

**F** - Solicitar diligências em processo que no seu entendimento não estejam suficientemente esclarecidos.

**G** - Propor alterações deste Regimento Interno, nos termos deste regimento.

**H** - Exercer outras atribuições e atividades inerentes a sua função de participante do CMS/UBÁ-MG;

**I** - Votar e ser votado para integrar os órgãos dirigentes do CMS/UBÁ-MG;

**J** - Eleger a Mesa Diretora do CMS/Ubá e o Ouvidor Municipal de Saúde;

**L** - Formar as comissões de caráter permanente ou temporário.

**M**- Solicitar o reexame, por parte do plenário, de qualquer resolução exarada na reunião anterior, justificando possível ilegalidade ou inadequação técnica ou de outra natureza.

### **DA MESA DIRETORA.**

**Art. 35:** As atividades do CMS/UBÁ-MG serão dirigidas pela Mesa Diretora, eleita pelo plenário para o período de 02 (dois) anos e permitida a sua recondução por mais um mandato, através do voto direto e aberto, por cinquenta por cento mais um.

**§1º** - A chapa concorrente à mesa diretora deverá se apresentar e se candidatar por escrito até o início da reunião de realização da eleição ao presidente do conselho ou seu substituto.

**§2º** - Qualquer membro do CMS/UBÁ-MG poderá participar da composição da mesa diretora.

**Art. 36:** A Mesa Diretora do CMS/UBÁ-MG será responsável:

**A** - Por encaminhar e fazer cumprir as deliberações tomadas pelo plenário;

**B** - Por acompanhar o gerenciamento da Política Municipal de Saúde;

**C**- Pela convocação, efetivação e coordenação de todas as reuniões, ordinárias e extraordinárias, do órgão;

**D**- Pelo registro das reuniões do CMS/UBÁ-MG;

**E**- Por todos os assuntos administrativos, econômico-financeiros e técnico-operacionais submetidos à apreciação e deliberação do plenário;

**F**- Por dar amplo conhecimento público de todas as atividades e deliberações do plenário;

**G**- Pelo encaminhamento de todas as providências e recomendações pelo plenário do CMS/Ubá-MG;

**H** - Por encaminhar e fazer cumprir as deliberações tomadas pelo CMS/Ubá-MG.

**I** – Por acompanhar a administração do fundo municipal de saúde.

**Art. 37:** A mesa diretora será formada por 04 (quatro) membros constituindo-se os seguintes cargos:

01 Presidente  
01 Vice-Presidente  
01 Secretário de Plenário  
01 Relações Públicas

**Art. 38:** São atribuições dos membros da Mesa Diretora:

**I -** Compete ao presidente do CMS/UBÁ-MG:

- A)** Instalar o Conselho Municipal de Saúde e presidir seu Plenário;
- B)** Cumprir e fazer cumprir as resoluções do Conselho Municipal de Saúde;
- C)** Convocar reuniões ordinária e extraordinariamente da Mesa Diretora e do Conselho Municipal de Saúde;
- D)** Representar o Conselho Municipal de Saúde judicial e extra-judicialmente;
- E)** Submeter a Ordem do Dia à aprovação do Plenário do CMS/Ubá-MG;
- F)** Assinar correspondências, portarias, resoluções, deliberações e assumir compromissos em nome do CMS/Ubá-MG desde que aprovados pelo plenário;
- G)** Coordenar a execução dos serviços administrativos do CMS/UBÁ-MG;
- H)** Tomar parte nas discussões e, quando for o caso, exercer direito do voto de desempate;
- I)** Encaminhar ao Poder Executivo as Atas, Deliberações e Resoluções do CMS/UBÁ-MG para homologação e publicação na imprensa oficial.

**II.** Compete ao vice-presidente do Conselho Municipal de Saúde:

- A)** Substituir o Presidente em sua falta ou impedimento.

**III.** Compete ao Secretário de Plenário do Conselho Municipal de Saúde:

- A)** Fazer a leitura das correspondências e atas;
- B)** Auxiliar o Presidente na condução das reuniões.
- C)** Redigir as atas das reuniões.

**IV.** Compete ao Relações Públicas:

- A)** Organizar a comunicação e divulgação das atividades do CMS/UBÁ, desde que aprovado pelo plenário;
- B)** Manter contato com as entidades e demais órgãos com representação no Conselho Municipal de Saúde;
- C)** Acompanhar e assessorar os Conselhos Locais e Regionais de Saúde.

## **Das Comissões Setoriais e/ou Técnicas**

**Art. 39:** As Comissões criadas pelo CMS/Ubá-MG terão a finalidade de promover estudos que visem a compatibilização de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, especialmente nas áreas de:

- a) Alimentação e Nutrição;
- b) Saneamento e Meio Ambiente;
- c) Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiológica;
- d) Recursos Humanos;
- e) Ciência e Tecnologia;
- f) Saúde do Trabalhador;
- g) Estratégia Saúde da Família (ESF).
- h) Da Ouvidoria.
- i) Orçamento e finanças
  
- j) Legislação e Ética

**Art. 40:** Compete à Comissão de Alimentação e Nutrição analisar, dar parecer e pronunciar-se sobre todas as matérias, projetos, programas e solicitações encaminhadas ao CMS/UBÁ-MG que dizem respeito à alimentação e nutrição, antes dos mesmos serem submetidos à votação em plenário.

**Art. 41:** Compete à Comissão de Saneamento e Meio Ambiente analisar, dar parecer e pronunciar-se sobre todas as matérias, projetos, programas e solicitações encaminhadas ao CMS/UBÁ-MG sobre saneamento e meio ambiente, antes dos mesmos serem submetidos à votação em plenário.

**Art. 42:** Compete à Comissão de Vigilância Sanitária e Farmacoepidemiológica analisar, dar parecer e pronunciar-se sobre todas as matérias, projetos, programas e solicitações encaminhadas ao CMS/UBÁ-MG que dizem respeito à vigilância sanitária, epidemiologia e controle de medicamentos, antes dos mesmos serem submetidos à votação em plenário.

**Art. 43:** Compete à Comissão de Recursos Humanos analisar, dar parecer e pronunciar-se sobre todas as matérias, projetos, programas e solicitações encaminhadas ao CMS/UBÁ-MG que dizem respeito sobre recursos humanos na área de saúde, antes dos mesmos serem submetidos à votação em plenário.

**Art. 44:** Compete à Comissão de Ciência e Tecnologia analisar, dar parecer e pronunciar-se sobre todas as matérias, projetos, programas e solicitações

encaminhadas ao CMS/UBÁ-MG que dizem respeito à ciência e tecnologia, antes dos mesmos serem submetidos à votação em plenário.

**Art. 45:** Compete à Comissão de Saúde do Trabalhador analisar, dar parecer e pronunciar-se sobre todas as matérias, projetos, programas e solicitações encaminhadas ao CMS/UBÁ-MG que dizem respeito à saúde do trabalhador, antes dos mesmos serem submetidos à votação em plenário.

**Art. 46:** Compete à Comissão de Estratégia da Saúde da Família (ESF), dar parecer, acompanhar, fiscalizar e pronunciar-se sobre todas as matérias, projetos, programas e solicitações encaminhadas ao CMS/UBÁ-MG que dizem respeito ao funcionamento dos PSF's do município, antes dos mesmos serem submetidos à votação em plenário.

**Art. 47:** As Comissões Intersetoriais do CMS/UBÁ-MG deverão ter acesso a quaisquer informações objetivando subsidiar a definição de ações e políticas de saúde, de acordo com o art. 8º da Portaria Interministerial nº. 2.509, de 18/11/2004.

**Art. 48:** O CMS/UBÁ-MG poderá criar novas comissões caso surja novas necessidades.

Parágrafo Único: As comissões serão sempre paritárias com o mínimo de 05(cinco) membros, sendo; 02 usuários, 01 trabalhador, 01 gestor e 01 prestador.

**Art. 49:** O prazo para tramitação das matérias nas Comissões será de 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogado por mais 30 (trinta) dias.

## **DA SECRETARIA EXECUTIVA.**

**Art. 50:** A Secretaria Executiva, como órgão de assessoramento, prestará apoio administrativo e operacional a todos os órgãos do CMS/UBÁ-MG, especialmente sua mesa diretora e ao presidente a quem estará subordinada hierarquicamente.

§ 1º: Todas as atribuições inerentes às atividades da Secretaria Executiva serão aprovadas pelo plenário atendendo propostas encaminhadas pela mesa diretora e/ou conselheiros;

§ 2º: O cargo de Secretário(a) Executivo(a) será indicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ubá com aprovação do plenário do CMS/UBÁ-MG;

§ 3º : O(a) Secretário(a) Executivo(a) somente poderá ser destituído de suas atribuições com aprovação do plenário, ou por vontade própria.

**Art. 51:** São atribuições do(a) Secretário(a) Executivo(a) do CMS/UBÁ-MG:

- I- Preparar antecipadamente as reuniões do plenário do Conselho, incluindo convites a apresentadores de temas previamente aprovados, preparação de informes, remessas de materiais aos conselheiros e outras providências.
- II- Acompanhar as reuniões do plenário, assistir ao presidente da Mesa Diretora e anotar os pontos mais relevantes visando a checagem da redação final da Ata.
- III- Dar encaminhamento às conclusões do plenário, inclusive revendo a cada mês a implementação de conclusões de reuniões anteriores.
- IV- Acompanhar e apoiar os trabalhos das comissões e grupos de trabalho, inclusive quanto ao cumprimento dos prazos de apresentação de propostas ao plenário.
- V- Promover, coordenar e participar do mapeamento e recolhimento de informações e análises estratégicas produzidas nos vários órgãos e entidades do poder executivo, legislativo, judiciário, do ministério público e da sociedade, processando-as e fornecendo-as aos conselheiros na forma de subsídios para o cumprimento das suas competências legais.
- VI- Encaminhar a mesa diretora propostas de convênios de cooperação técnica, visando a implementação e enriquecimento das atribuições da Secretaria Executiva.
- VII- Buscar permanentemente informações sobre a estrutura e funcionamento dos Conselhos Estadual e Nacional de Saúde.
- VIII- Despachar os processos e expedientes de rotina.
- IX- Acompanhar o encaminhamento dado às resoluções, recomendações e moções emanadas do CMS/Ubá, e dar informações atualizadas à Mesa Diretora.
- X- Exercer outras atribuições que lhe sejam delegadas pelo presidente do CMS/Ubá, assim como pelo plenário.

#### **DA OUVIDORIA.**

**Art. 52:** A Ouvidoria Municipal de Saúde é órgão subordinado ao CMS/Ubá-MG criada pela lei complementar municipal nº.070, de 13 de novembro de 2003. destinado à fiscalização e intermediação entre o Gestor Municipal de Saúde e:

- I - Os usuários do Sistema Único de Saúde;
- II - Os prestadores de serviços, públicos ou privados;
- III - Os servidores públicos do setor de Saúde.

**Parágrafo único:** No desempenho de suas atribuições, a Ouvidoria Municipal de Saúde, zelará pelo respeito aos direitos do cidadão, tal como previsto na Constituição Federal, na Lei Orgânica e na Lei Municipal que instituiu o Conselho Municipal de Saúde de Ubá.

**Art. 53:** Qualquer membro do CMS/Ubá-MG poderá concorrer ao cargo de Ouvidor, eleito por cinquenta por cento mais um através do voto direto e secreto de seus integrantes.

**§1º-** O Ouvidor eleito exercerá suas funções por dois anos permitida a sua recondução por mais um mandato.

**§2º-** O Ouvidor poderá ser destituído de suas funções por iniciativa do CMS/Ubá-MG mediante deliberação de 2/3 de seus integrantes ou por vontade própria.

**§3º-** Ao Ouvidor Municipal de Saúde será assegurada plena autonomia e independência no exercício de suas funções, bem como o acesso direto e imediato aos dados, informações e demais elementos necessários ao desempenho de suas tarefas, respeitados os limites da lei, no que se refere a documentos de circulação restrita e ou sigilosos.

**§4º-** O Ouvidor não poderá acumular sua função com cargos da Mesa Diretora, presidente de comissões ou com a Secretaria Executiva do CMS/Ubá-MG.

**§5º-** As atribuições específicas do Ouvidor Municipal de Saúde serão fixadas por resolução do conselho municipal de saúde e sua remuneração de acordo com a lei que cria o cargo de Ouvidor.

**Art. 54:** Compete ao Ouvidor Municipal de Saúde:

**I -** Receber denúncias, reclamações, elogios e sugestões dos usuários, servidores ou prestadores de serviços, devendo encaminhá-las aos setores competentes da SMS/Ubá-MG, observada a linha hierárquica institucional, a fim de que o órgão próprio, em prazo nunca superior a sete dias úteis, elabore a resposta apropriada ao questionamento feito.

**II -** Fornecer informações sobre o funcionamento do SUS.

**III -** Propor ao Gestor Municipal do SUS, aos conselhos de ética profissional, ao CMS/Ubá-MG ou ao Ministério Público, sempre que necessário, ações corretivas ou saneadoras de problemas eventualmente verificados e que envolvam prestadores, servidores ou usuários do SUS.

**IV -** Cadastrar as demandas e as sugestões recebidas como as ações corretivas eventualmente propostas, de modo a sistematizar tais dados em relatório mensal, encaminhando-o à SMS/Ubá/MG e ao CMS/Ubá - MG, e ao chefe do executivo.

**V -** Propor ao Gestor Municipal de Saúde a instauração de sindicâncias e processos administrativos.

**VI -** Apresentar ao CMS/Ubá-MG propostas de edição, alteração, revogação ou anulação dos atos administrativos ou normativos com vistas ao aprimoramento do SUS, sugerindo, inclusive, mudanças na estrutura organizacional da SMS/Ubá-MG.

**VII -** Elaborar as normas para um melhor funcionamento da Ouvidoria e apresentá-las para aprovação do Plenário do CMS/Ubá - MG.

VIII- apresentar mensalmente os relatórios para avaliação ao CMS/UBA, SMS/UBA e ao Chefe do Executivo.

## **CAPITULO IX**

### **DO REGIME DISCIPLINAR.**

**Art. 55:** Os conselheiros efetivos e suplentes perderão seus mandatos para os respectivos representantes nos seguintes casos:

- a) Demissão do emprego, por renúncia, ou qualquer outra forma de perda de vínculo com a instituição que representa, ou quando representante de usuário exercer qualquer cargo público, devendo esse ser substituído imediatamente por sua entidade;
- b) Quando faltar a três reuniões consecutivas ou a cinco alternadas no período de um ano, sem justificativa aceita pelo CMS/Ubá-MG;
- c) Quando ouvido o plenário do CMS/Ubá-MG e após conclusão de processo sindicante por comissão constituída para este fim e concluído for que o conselheiro titular ou suplente, tenha incorrido em ato incompatível com a sua condição de conselheiro municipal de saúde ou seja pratica lesiva aos princípios do SUS.

**Art. 56:** As entidades com direito a indicar representantes deverão, obrigatoriamente, substituir seus representantes, segundo critérios já definidos neste Regimento.

**Art. 57:** As entidades poderão, oportunamente, substituir definitivamente seus representantes quando considerarem que o desempenho do cumprimento do cargo pelo representante não está correspondendo aos interesses específicos da instituição ou aos da municipalidade.

§1º- As entidades após notificada pela mesa diretora CMS/Ubá-MG, terão o prazo Máximo de 30(trinta) dias para indicar novo representante.

§2º- As entidades que não indicarem novos representantes no prazo máximo de 30(trinta) dias serão substituídas por entidades do segmento a que pertence no CMS/Ubá-MG.

## CAPITULO X

### DISPOSIÇÕES GERAIS.

**Art. 58:** O presente Regimento Interno poderá ser alterado parcial ou totalmente através de proposta expressa de qualquer um de seus membros do CMS/Ubá-MG.

**Art. 59:** As propostas de alteração total ou parcial deste Regimento Interno deverão ser apreciadas em reunião extraordinária do plenário, convocado por escrito para este fim, com antecedência mínima de trinta dias úteis e aprovadas por cinquenta por cento mais um.

**§1º-** Os casos omissos deste regimento, serão resolvidos pelo plenário do CMS/Ubá-MG e aprovados por cinquenta por cento mais um.

**§2º-** Este regimento entra em vigor na data de sua aprovação, revogando-se todas as disposições contrárias.

**§3º-** As funções de membro do conselho municipal de saúde não serão remuneradas, sendo seu exercício considerados de interesse público relevante.

### CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE DE UBÁ

## **ANEXO B – Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Viçosa (MG)**

**Aprovado em 19/03/2007  
Alterado pela Resolução 002/2008**

### **CAPÍTULO I**

#### **DA NATUREZA E FINALIDADE**

**Art. 1º** - O Conselho Municipal de Saúde - CMS de **Viçosa - MG** é órgão de instância colegiada e deliberativa e de natureza permanente, criado pela Lei Municipal nº. 815, de 27 de setembro de 1991, em conformidade com as disposições estabelecidas nas Leis Federais nº. 8080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e na Resolução nº. 333, de 04 de novembro de 2003 do Conselho Nacional de Saúde.

**Art. 2º** - O CMS tem por finalidade atuar na formulação e controle da execução da política Municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção do processo de Controle Social em toda a sua amplitude, no âmbito dos setores público e privado.

### **CAPÍTULO II**

#### **DAS COMPETÊNCIAS**

**Art. 3º** - Compete ao Conselho Municipal de Saúde:

I - Atuar na formulação e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros, e nas estratégias para sua aplicação aos setores público e privado;

II - Deliberar sobre os modelos de atenção à saúde da população e de gestão do Sistema Único de Saúde;

III - Estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração de planos de saúde do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal, em função dos princípios que o regem e de acordo com as características epidemiológicas das organizações dos serviços em cada instância administrativa (Art. 37 da Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990); e em consonância com as diretrizes emanadas da Conferência Municipal de Saúde.

IV - Participar da regulação e do Controle Social do setor privado da área de saúde;

V - Propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde.

VI - Aprovar a proposta setorial da saúde no Orçamento Municipal.

VII - Criar, coordenar e supervisionar Comissões Intersetoriais e outras que julgarem necessárias, inclusive Grupos de Trabalho, integradas pelas secretarias e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil;

VIII - Deliberar sobre propostas de normas básicas municipais para operacionalização do Sistema Único de Saúde;

IX - Estabelecer diretrizes gerais e aprovar parâmetros municipais quanto à política de recursos humanos para a saúde;

X - Definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, e do Fundo Municipal de Saúde, oriundos das transferências do orçamento da União e da Seguridade Social, do orçamento estadual, 15% do orçamento municipal como decorrência do que dispõe o artigo 30, VII, da Constituição Federal e a Emenda Constitucional nº. 29/2000.

XI - Aprovar a organização e as normas de funcionamento das Conferências Municipais de Saúde, reunidas ordinariamente a cada 2 (dois) anos, e convocá-las, extraordinariamente, na forma prevista pelo parágrafo 1 e 5 do Art. 1º da Lei Federal n. 8142, de 28 de dezembro de 1990;

XII - Aprovar os critérios e o repasse de recursos do Fundo Municipal de Saúde para o Fundo da Secretaria Municipal de Saúde e outras instituições e respectivo cronograma e acompanhar sua execução;

XIII - Incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Câmara de Vereadores e mídia, bem como com setores relevantes não representados no Conselho;

XIV - Articular-se com outros conselhos setoriais com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do sistema de participação e Controle Social;

XV - Acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do município;

XVI - Cooperar na melhoria da qualidade da formação dos trabalhadores da saúde;

XVII - Divulgar suas ações através dos diversos mecanismos de comunicação social;

XVIII - Manifestar-se sobre todos os assuntos de sua competência.

XIX - Autorizar a criação e implantação dos Conselhos Locais de Saúde que deverão ser constituídos de forma paritária, nos termos da Resolução 333/2003 do Conselho Nacional de Saúde, com regimento a ser aprovado pelo CMS de Viçosa (Inciso acrescido pela Resolução 002, de 11 de fevereiro de 2008 do CMS)

### **CAPÍTULO III**

#### **ORGANIZAÇÃO DO COLEGIADO**

**Art. 4º** - Conselho Municipal de Saúde tem a seguinte organização:

1. Plenário
2. Comissões e Grupos de Trabalho
3. Mesa Diretora
3. Secretaria Executiva

#### **Seção I**

##### **Plenário**

**Art. 5º** O Plenário do Conselho Municipal de Saúde é o fórum de deliberação plena e conclusiva, configurado por Reuniões Ordinárias e Extraordinárias, de acordo com requisitos de funcionamento estabelecidos neste Regimento.

#### **Subseção 1**

##### **Composição**

**Art. 6º** - O CMS é composto de 28 (vinte e oito) membros, escolhidos com observância da composição do plenário estabelecida pelo artigo 3º da Lei Municipal nº. 815, de 27 de setembro de 1991, modificada pela Lei Municipal nº. 822 de 19 de setembro de 1991 e pela Lei Municipal nº 1778, de 31 de outubro de 2006, garantida a paridade dos usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos. Sua constituição é a seguinte:

I - 14 representantes de entidades de usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, assim especificados:

- a) 5 (cinco) representantes de associações de moradores;
- b) 1 (um) representante de associações de portadores de necessidades especiais e de doenças crônicas;

- c) 1 (um) representante de clubes de serviços ou entidades similares;
- d) 3 (três) representantes de entidades filantrópicas, cadastradas no Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS, não prestadoras de serviços ao SUS e
- e) 4 (quatro) representantes de sindicatos e associações de classe.

**II – 7 (sete) representantes dos trabalhadores de saúde, assim especificados:**

- a) 1 (um) representante dos profissionais de nível superior da Secretaria Municipal de Saúde;
- b) 1 (um) representante dos profissionais de nível médio da Secretaria Municipal de Saúde;
- c) 1 (um) representante dos demais servidores da Secretaria Municipal de Saúde;
- d) 1 (um) representante de sindicatos de trabalhadores em saúde;
- e) 2 (dois) representantes de associações de classe da área de saúde e
- f) 1 (um) representante da área de saúde da Universidade Federal de Viçosa.

**III - 7 (sete) representantes de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos, assim especificados:**

- a) O Secretário Municipal de Saúde;
- b) 1 (um) representante do Poder Executivo ;
- c) 1 (um) representante de serviço de saneamento;
- d) 2 (dois) representantes dos hospitais filantrópicos e conveniados com o SUS, sendo 1 de cada um deles;
- e) 2 (dois) representantes dos demais prestadores de serviços.

§ 1º - A cada titular do CMS de Viçosa corresponderão dois suplentes.

§ 2º - Será considerada como existente, para fins de participação no CMS, a entidade regularmente organizada.

§ 3º - A representação dos trabalhadores do SUS será definida por indicação conjunta das entidades representativas das diversas categorias

**Art. 7º** - Os membros representantes (titular, 1º suplente e 2º suplente) serão apresentados ao Presidente do CMS, mediante correspondência formal e específica, dirigida pela diretoria da entidade representada.

**Art. 8º** Os representantes dos segmentos e/ou órgãos integrantes do Conselho Municipal de Saúde terão mandato de dois anos, ficando a critério dos segmentos e/ou órgãos, a substituição ou manutenção dos Conselheiros que as representam, a qualquer tempo, excetuando os casos previstos nos ' 1º, ' 2º e ' 3º ' 4º deste Artigo.

'1º Será dispensado, automaticamente, o conselheiro que deixar de comparecer a 2 (duas) reuniões consecutivas ou a 4 (quatro) intercaladas no período de um ano

' 2º A perda do mandato será declarada pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde, por decisão da maioria simples dos seus membros, comunicada ao Prefeito Municipal para tomada das providências necessárias à sua substituição na forma da legislação vigente;

' 3º As justificativas de ausências deverão ser apresentadas, previamente, na Secretaria Executiva do Conselho Municipal de Saúde para apreciação do plenário.

' 4º Perderá a representação a entidade que deixar de ser representada por 4 (quatro) reuniões consecutivas ou a 6 (seis) intercaladas no período de um ano.

**Art. 9º** - Aos Conselheiros incumbe:

I - Zelar pelo pleno e total desenvolvimento das atribuições do Conselho Municipal de Saúde;

II - Estudar e relatar, nos prazos pré-estabelecidos, matérias que lhes forem distribuídas, podendo valer-se de assessoramento técnico e administrativo;

III - Apreciar e deliberar sobre matérias submetidas ao Conselho para votação;

IV - Apresentar Moções ou Proposições sobre assuntos de interesse da saúde;

V - Requerer votação de matéria em regime de urgência;

VI - Acompanhar e verificar o funcionamento dos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, dando ciência ao Plenário;

VII - Apurar e cumprir determinações quanto às investigações locais sobre denúncias remetidas ao Conselho, apresentando relatórios da missão;

VIII - Desempenhar outras atividades necessárias ao cumprimento do seu papel e ao funcionamento do Conselho;

IX - Construir e realizar o perfil duplo do Conselheiro - de representação dos interesses específicos do seu segmento social ou governamental e de

formulação e deliberação coletiva no órgão colegiado, através de posicionamento a favor dos interesses da população usuária do Sistema Único de Saúde;

~~X – Comunicar ao suplente imediato, em tempo hábil, a sua impossibilidade de comparecer à reunião, para que este possa substituí-lo;~~ (Inciso excluído pela Resolução 002, de 11 de fevereiro de 2008 do CMS)

XI – Justificar, na Secretaria Executiva, suas ausências até o início da reunião.

## **Subseção II**

### **Funcionamento**

**Art. 10º** O Conselho Municipal de Saúde reunir-se-á em dependências que lhe forem destinadas pela Secretaria Municipal de Saúde, ordinariamente, mensalmente, às terças segundas feiras de cada mês, às 19:30 horas e, extraordinariamente, por convocação de seu Presidente ou em decorrência de requerimento da maioria absoluta dos seus membros.

' 1º As reuniões serão iniciadas com a presença mínima da metade mais um dos seus membros;

' 2º Cada membro terá direito a um voto;

§ 1º - Na presença do titular os suplentes não terão direito a voto.

§ 2º - O 1º suplente substitui o titular em suas faltas e impedimentos e o 2º suplente substitui o 1º suplente. O voto é permitido somente a quem estiver no exercício da representação.

**Art. 11º** - A pauta da reunião ordinária constará de:

**a)** discussão e aprovação da ata da reunião anterior;

**b)** informes dos Conselheiros e apresentação de temas relevantes para o conhecimento da plenária;

**c)** ordem do dia constando dos temas previamente definidos e preparados, nos termos que estabelece o ' 5º deste artigo;

**d)** deliberações;

**e)** definição da pauta da reunião seguinte;

**f)** encerramento.

' 1º Os informes e apresentação de temas não comportam discussão e votação, somente esclarecimentos breves. Os Conselheiros que desejarem apresentar informes devem inscrever-se logo após a leitura e aprovação da ata anterior.

' 2º Para apresentação do seu informe cada conselheiro inscrito disporá de 5 minutos improrrogáveis. Em caso de polêmica ou necessidade de deliberação, o assunto deverá passar a constar da ordem do dia da reunião ou ser pautado para a próxima, sempre a critério do Plenário.

' 3º A definição da ordem do dia, partirá da relação dos temas básicos aprovados pelo Plenário, dos produtos das comissões, das indicações dos conselheiros ao final de cada Reunião Ordinária.

' 4º Sem prejuízo do disposto no ' 3º deste artigo, a Secretaria Executiva poderá proceder à seleção de temas, obedecidos os seguintes critérios:

- a) Pertinência (inserção clara nas atribuições legais do Conselho);
- b) Relevância (inserção nas prioridades temáticas definidas pelo Conselho);
- c) Tempestividade (inserção no tempo oportuno e hábil);
- d) Precedência (ordem da entrada da solicitação);

' 5º Cabe à Secretaria Executiva a preparação de cada tema da pauta da ordem do dia, com documentos e informações disponíveis, inclusive destaques aos pontos recomendados para deliberação, a serem distribuídos pelo menos uma semana antes da reunião, sem o que, salvo o critério do plenário, não poderão ser votados.

**Art. 12º** - As deliberações do Conselho Municipal de Saúde, observado o quorum estabelecido, serão tomadas pela maioria simples dos conselheiros presentes considerando os suplentes em exercício, mediante:

**a) Resoluções:** decisões do Conselho, dentro de suas atribuições específicas, que serão submetidas à homologação do Chefe do Executivo;

**b) Recomendações:** sobre tema ou assunto específico que não é habitualmente de sua responsabilidade direta, mas é relevante e/ou necessário, dirigida a ator ou atores institucionais de quem se espera ou se pede determinada conduta ou providência;

**c) Moções** que expressem o juízo do Conselho sobre fatos ou situações, com o propósito de manifestar reconhecimento, apoio, crítica ou oposição.

' 1º As Resoluções, uma vez homologadas pelo Chefe do Executivo, deverão ser publicadas em jornal de circulação no município.

' 2º Na hipótese de não homologação pelo Prefeito Municipal, a matéria deverá retornar ao Conselho Municipal de Saúde na reunião seguinte, acompanhada de justificativa e proposta alternativa, se de sua conveniência. O resultado da deliberação do Plenário será novamente encaminhado ao Prefeito Municipal.

' 3º A não homologação nem manifestação pelo Prefeito Municipal em trinta dias após o recebimento da decisão, demandará solicitação de audiência especial ao Prefeito pela Comissão de conselheiros designada pelo Plenário;

' 4º Após analisadas e/ou revistas as Resoluções, o texto final será novamente encaminhado para homologação e publicação, devendo ser observado o prazo previsto no parágrafo '3º.; a não homologação da proposta de Resolução pelo Prefeito ensejará o seu encaminhamento ao Ministério Público, para as providências cabíveis.

' 5º - Sem prejuízo da elaboração da ata, as deliberações serão identificadas pelo seu tipo, registradas em formulário próprio, separadas por assunto e devidamente numeradas e datadas. Nelas constarão: o assunto, as considerações e a decisão do CMS. Serão assinadas durante as reuniões pelo Presidente e, no verso, pelos demais membros presentes.

**Art. 13º** - As Reuniões do Conselho Municipal de Saúde, observada a legislação vigente, terão as seguintes rotinas para ordenamento de seus trabalhos:

I - As matérias pautadas, após o processo de exame preparatório, serão apresentadas preferencialmente por escrito, destacando-se os pontos essenciais, seguindo-se a discussão e, quando for o caso, a deliberação;

IV - As votações devem ser apuradas pela contagem de votos a favor, contra e abstenções, mediante manifestação expressa de cada conselheiro, ficando excluída a possibilidade de votação secreta;

V - A recontagem dos votos deve ser realizada quando a presidência da Plenária julgar necessária ou quando solicitada por um ou mais conselheiros.

**Art. 14º** - As reuniões do Plenário devem ser registradas em atas, e constar:

a) relação dos participantes seguida do nome de cada membro com a menção da titularidade (titular ou suplente) e do órgão ou entidade que representa;

b) resumo de cada informe, onde conste de forma sucinta o nome do Conselheiro e o assunto ou sugestão apresentada;

c) relação dos temas abordados na ordem do dia com indicação do(s) responsável(eis) pela apresentação e a inclusão de alguma observação quando expressamente solicitada por Conselheiro(s);

d) as deliberações tomadas, inclusive quanto à aprovação da ata da reunião anterior aos temas a serem incluídos na pauta da reunião seguinte, registrando o número de votos contra, a favor e abstenções, incluindo votação nominal quando solicitada;

' 1º O teor das matérias tratadas nas reuniões do Conselho estarão disponíveis, em ata, na secretaria executiva;

' 2º - A Secretaria Executiva providenciará a remessa de cópia da ata de modo que cada Conselheiro titular possa recebê-la, no mínimo, 5 dias antes da reunião em que será apreciada;

**Art. 15º** - O Plenário do Conselho Municipal de Saúde pode fazer-se representar perante instâncias e fóruns da sociedade e do governo através de um ou mais conselheiros designados pelo Plenário com delegação específica.

## **Seção II**

### **Comissões e Grupos de Trabalho**

**Art. 16º** - As Comissões permanentes, criadas e estabelecidas pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde têm por finalidade articular políticas e programas de interesse para a saúde, cujas execuções envolvam áreas não integralmente compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, em especial:

a) Saneamento e Meio Ambiente;

b) Vigilância em Saúde;

c) Recursos Humanos;

d) Orçamento e Finanças

e) Assistência à Saúde

**Art. 17º** A critério do Plenário, poderão ser criadas outras Comissões e Grupos de Trabalho em caráter permanente ou transitório que terão caráter essencialmente complementar à atuação do Conselho Municipal de Saúde, articulando e integrando os órgãos, instituições e entidades que geram os programas, suas execuções, e os conhecimentos e tecnologias afins, recolhendo-os e processando-os, visando à produção de subsídios, propostas e recomendações ao Plenário do Conselho Municipal de Saúde.

Parágrafo único - Em função das suas finalidades, as Comissões e Grupos de Trabalho têm como clientela exclusiva o Plenário do Conselho Municipal de Saúde que lhes encomenda objetivos, planos de trabalho e produtos e que poderá delegar-lhes a faculdade para trabalhar com outras entidades.

**Art. 18º** - As Comissões e Grupos de Trabalho de que trata este Regimento serão constituídas pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme recomendado a seguir:

a) Comissões, até 4 membros efetivos;

b) Grupo de Trabalho, até 5 membros efetivos;

1º As Comissões e Grupos de Trabalho serão dirigidas por um Coordenador designado pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde, que coordenará os trabalhos, com direito a voz e voto,

2º Nenhum conselheiro poderá participar simultaneamente de mais de duas Comissões Permanentes;

' 3º Será substituído o membro da Comissão ou Grupo de Trabalho que faltar, sem justificativa apresentada até 48 horas após a reunião, a duas reuniões consecutivas ou quatro intercaladas no período de um ano. A Secretaria Executiva comunicará ao Conselho Municipal de Saúde para providenciar a sua substituição.

**Art. 19º** - A constituição e funcionamento de cada Comissão e Grupo de Trabalho serão estabelecidos em Resolução específica e deverão estar embasados na explicitação de suas finalidades, objetivos, produtos, prazos e demais aspectos que identifiquem claramente a sua natureza.

Parágrafo único - os locais de reunião das Comissões e Grupos de Trabalho serão escolhidos segundo critérios de praticidade.

**Art. 20º** - Aos coordenadores das Comissões e Grupos de Trabalho incumbe:

I - Coordenar os trabalhos;

II - Promover as condições necessárias para que a Comissão ou Grupo de Trabalho atinja a sua finalidade, incluindo a articulação com os órgãos e entidades geradores de estudos, propostas, normas e tecnologias;

III - Designar secretário "*ad hoc*" para cada reunião;

IV - Apresentar relatório conclusivo ao Secretário Executivo sobre matéria submetida a estudo para encaminhamento ao plenário do Conselho Municipal de Saúde;

V - Assinar as atas das reuniões e as recomendações elaboradas pela Comissão ou Grupo de Trabalho, encaminhando-as ao Plenário do Conselho Municipal de Saúde.

**Art. 21º** - Aos membros das Comissões ou Grupo de Trabalho incumbe:

I – Realizar estudos, apresentar proposições, apreciar e relatar as matérias que lhes forem distribuídas;

II – Requerer esclarecimentos que lhes forem úteis para melhor apreciação da matéria;

III – Elaborar documentos que subsidiem as decisões das Comissões ou Grupos de Trabalho;

**Art. 22º** - As Comissões e os Grupos de Trabalho poderão convidar qualquer pessoa ou representante de órgão municipal, empresa privada, sindicato ou entidade civil, para comparecer às Reuniões e prestar esclarecimentos, desde que aprovado pelo Plenário.

### Seção III

#### Mesa Diretora

**Art. 23º** - A Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde será constituída por: Presidente, Vice-Presidente, Secretário e Vice-Secretário, eleitos entre seus pares, com mandato de um ano, permitida a recondução de seus membros.

Parágrafo único – A vacância de qualquer membro da Mesa Diretora ensejará eleição de seu substituto na primeira reunião subsequente à vacância.

**Art. 24º** - O Presidente, e na sua ausência, o Vice-Presidente, terá as seguintes atribuições:

1º Conduzir as Reuniões Plenárias;

2º Encaminhar para efeito de divulgação pública as Resoluções, Recomendações e Moções emanadas do Plenário, nas Reuniões por ele presididas.

**Art. 25º** - O secretário terá as seguintes atribuições:

1º Contribuir com a elaboração das atas, resoluções, recomendações e moções do conselho.

2º Acompanhar a manutenção do arquivo do conselho.

**Art. 26º** - O Vice - Secretário substituirá o Secretário na sua ausência e terá as mesmas atribuições.

**Art. 27º** - O Presidente do Conselho Municipal de Saúde terá, além de seu voto, o de minerva.

Parágrafo único – O Presidente tem a prerrogativa de deliberar em casos de extrema urgência, *ad referendum* do Plenário, submetendo o seu ato à ratificação deste na reunião subsequente.

### Seção IV

#### Secretaria Executiva

**Art. 28º** - O Conselho Municipal de Saúde terá uma Secretaria Executiva, diretamente subordinada ao seu Presidente.

Parágrafo Único - A Secretaria Executiva é órgão vinculado ao Secretário Municipal de Saúde, tendo por finalidade a promoção do necessário apoio técnico-administrativo ao Conselho, suas Comissões e Grupos de Trabalho, fornecendo as condições para o cumprimento das competências legais expressas nos Capítulos I e II deste Regimento;

**Art. 29º** - São atribuições do(a) Secretário(a) da Secretaria Executiva:

I - Preparar, antecipadamente, as reuniões do Plenário do Conselho, incluindo convites a apresentadores de Temas previamente aprovados, preparação de informes, remessas de material aos Conselheiros e outras providências;

II - Acompanhar as reuniões do Plenário, assistir ao Presidente da mesa e anotar os pontos mais relevantes visando à checagem da redação final da ata;

III - Dar encaminhamento às conclusões do Plenário, inclusive revendo a cada mês a implementação de conclusões de reuniões anteriores;

IV - Acompanhar e apoiar os trabalhos das Comissões e Grupos de Trabalho, inclusive quanto ao cumprimento dos prazos de apresentação de produtos ao Plenário;

X - despachar os processos e expedientes de rotina;

XI - Acompanhar o encaminhamento dado às Resoluções, Recomendações e Moções emanadas do Conselho e dar as respectivas informações atualizadas durante os informes do Conselho Municipal de Saúde;

XII - Instalar as Comissões e Grupos de Trabalho;

XIII - Promover e praticar todos os atos de gestão administrativa necessários ao desempenho das atividades do Conselho Municipal de Saúde e de suas Comissões e Grupos de Trabalho, pertinentes a orçamento, finanças, serviços gerais e pessoal; dirigir, orientar e supervisionar os serviços da Secretaria;

XIV - Articular-se com os Coordenadores das Comissões e Grupos de Trabalho para fiel desempenho das suas atividades, em cumprimento das deliberações do Conselho Municipal de Saúde e promover o apoio necessário às mesmas;

XV - Submeter ao Secretário do Conselho Municipal de Saúde e ao Plenário, relatório das atividades do Conselho Municipal de Saúde do ano anterior, no primeiro trimestre de cada ano;

XVI - Acompanhar e agilizar as publicações das Resoluções do Plenário;

XVII - Convocar as Reuniões do Conselho Municipal de Saúde e de suas Comissões e Grupos de Trabalho, de acordo com os critérios definidos neste Regimento;

XVIII - Exercer outras atribuições que lhe sejam delegadas pelo Presidente do Conselho Municipal de Saúde, assim como pelo Plenário.

## CAPÍTULO IV

### CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**Art. 30º** - A Conferência Municipal de Saúde é a instância deliberativa máxima do Município no que diz respeito à formulação da Política Municipal de Saúde.

**Art. 31º** - A Conferência será convocada a cada 02 anos pelo Conselho Municipal de Saúde, conforme art. 11º da Lei Municipal nº. 815 de 27 de novembro de 1991, e terá sua composição igual à do Conselho, porém com maior número de participantes.

**Art. 32º** - Os participantes da Conferência serão os delegados escolhidos e/ou eleitos entre os prestadores de serviço, usuários e servidores da saúde, e os observadores ou convidados.

§ 1º - Serão delegados os membros inscritos por indicação prévia como representantes de instituições governamentais ou não governamentais, usuários ou prestadores, ou aqueles que se inscreverem na abertura da Conferência, mediante comprovação de serem representantes das entidades a que são filiados, observando-se o limite por entidades.

§ 2º - Os membros inscritos como delegados terão direito a voz e voto; os observadores e convidados terão direito apenas a voz.

**Art. 33º** - A Conferência poderá ser convocada extraordinária a qualquer momento para serem debatidos temas de relevância municipal, devendo suas decisões serem encaminhadas pelo CMS.

Parágrafo Único - A convocação extraordinária da Conferência dar-se-á:

I - Pelo Conselho Municipal de Saúde.

II - Por 2/3 dos delegados membros da Conferência anterior.

**Art. 34º** - O CMS em vigência poderá vetar a legitimidade da Conferência, em caso de detectar e comprovar irregularidades no processo de sua convocação e/ou eleição de delegados. Neste caso, deverá ser convocada nova conferência num prazo máximo de 30 (trinta) dias.

**Art. 35º** - O processo eleitoral de cada Conferência deverá ser definido pelo CMS no prazo de 60 (sessenta) dias, anterior à data de instalação da conferência.

Parágrafo Único - O Conselho deverá elaborar também o regimento interno de cada Conferência, sendo que este deve ser submetido à aprovação da mesma no momento de sua instalação.

## CAPÍTULO V

### DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 36º** - O Conselho Municipal de Saúde poderá organizar mesas-redondas, oficinas de trabalho e outros eventos que congreguem áreas do conhecimento e tecnologia, visando subsidiar o exercício das suas competências, tendo como relator um ou mais Conselheiros por ele designado(s).

**Art. 37º** - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação do presente Regimento Interno serão dirimidos pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde.

**Art. 38º** - O presente Regimento Interno entrará em vigor na data da sua publicação, podendo ser alterado por meio de propostas formais e escritas de qualquer um dos membros do CMS, mediante aprovação de 2/3 (dois terços) do Colegiado.

**Art. 39º** - As eventuais divergências ou conflitos com atos infra-legais em vigor na data da aprovação deste regimento, terão sua validade condicionada às respectivas alterações nos atos, devendo sua viabilização ser da competência do Secretário Municipal de Saúde.

**Art. 40º** - Ficam revogadas as disposições em contrário.

Viçosa, 19 de março de 2007

Conselho Municipal de Saúde