



**LUIZ PAULO GLÓRIA GUIMARÃES**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONSELHO  
MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURVELO/MG**

**LAVRAS – MG**

**2015**

**LUIZ PAULO GLÓRIA GUIMARÃES**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
EM CURVELO/MG**

Monografia apresentada ao Colegiado do  
Curso de Administração Pública, para a  
obtenção do título de Bacharel em  
Administração Pública.

Orientador

Dr. José de Arimatéia Dias Valadão

**LAVRAS – MG**

**2015**

**LUIZ PAULO GLÓRIA GUIMARÃES**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
EM CURVELO/MG**

Monografia apresentada ao Colegiado do  
Curso de Administração Pública, para a  
obtenção do título de Bacharel em  
Administração Pública.

APROVADO em 23 de junho de 2015.

Dra. Daniela Meirelles AndradeUFLA

Dr. José de Arimatéia Dias Valadão  
Orientador

**LAVRAS – MG  
2015**

## RESUMO

A participação social é um tema relevante na administração pública que merece estudo. A participação social surgiu como uma das diretrizes da saúde na Constituição de 1988 e se tornou com os Conselhos Municipais uma ferramenta necessária para a formulação, fiscalização e correções das políticas públicas na área da saúde. Sendo indispensável para o bom funcionamento da saúde, os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) se tornam um relevante objeto de estudo sobre a efetividade da participação da sociedade nas decisões que interessam a todos. Este trabalho tem como objetivo analisar como ocorre a participação social no Conselho Municipal de Saúde do Município de Curvelo, interior de Minas Gerais com população estimada de 78.373 habitantes, cidade polo da região centro mineira com importante papel na área da saúde. O trabalho teve como referencial a participação social, conselhos municipais e sua efetividade. Para a construção do trabalho optou-se pela pesquisa documental e entrevista semiestruturada, gerando dados quantitativos e qualitativos de modo a permitir alcançar todos os objetivos propostos. A pesquisa apresentada é um estudo do tipo exploratório descritiva, fundamentado em pesquisa documental e entrevista semiestruturada, com abordagem quantitativa e qualitativa. O trabalho coletou dados em atas, boletins da saúde, listas de presenças, jornal e quatro entrevistas com conselheiros do CMS. Com a pesquisa documental e entrevista conclui-se que o Conselho possui local adequado para a participação, onde ocorrem reuniões frequentes respeitando a paridade na escolha dos conselheiros, mas com baixa presença dos conselheiros e baixa discussão.

Palavras-chave: Participação Social; Conselho Municipal de Saúde, Curvelo-MG.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Exemplo de Ata .....	23
Figura 2	Exemplo de Lista de Presença .....	14
Figura 3	Encarte Jornal CMS .....	25
Figura 4	Boletim da Saúde – março 2015 .....	25
Figura 5	Resolução CMS - Curvelo/MG.....	26
Figura 6	Página 1 da Lei nº 1.542 de 17 de Junho de 1991 .....	31
Figura 7	Sala de Reunião Conselho Municipal de Saúde Curvelo/MG .....	34

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	12
<b>2.1</b>	<b>Problema de Pesquisa</b> .....	12
<b>2.2</b>	<b>Objetivo geral</b> .....	12
<b>2.3</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	12
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b> .....	13
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
<b>4.1</b>	<b>Participação social</b> .....	14
<b>4.2</b>	<b>Conselhos municipais de saúde</b> .....	17
<b>4.3</b>	<b>Efetividade dos Conselhos Municipais</b> .....	19
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	21
<b>5.1</b>	<b>Tipo de Pesquisa</b> .....	21
<b>5.2</b>	<b>Natureza da Pesquisa</b> .....	21
<b>5.2.1</b>	<b>Planjemaneto</b> .....	22
<b>5.3</b>	<b>Objeto de estudo</b> .....	22
<b>5.4</b>	<b>Coleta de Dados</b> .....	23
<b>5.5</b>	<b>Análise dos Dados</b> .....	27
<b>6</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	29
<b>6.1</b>	<b>História de Curvelo</b> .....	30
<b>6.2</b>	<b>História do Conselho Municipal de Saúde de Curvelo/MG</b> .....	30
<b>6.3</b>	<b>Os Conselheiros</b> .....	31
<b>6.4</b>	<b>Ambiente de participação</b> .....	33
<b>6.5</b>	<b>Reuniões</b> .....	35
<b>6.6</b>	<b>Participação dos Cidadãos</b> .....	36
<b>6.7</b>	<b>Participação dos Conselheiros</b> .....	37
<b>6.8</b>	<b>Discussão e votação</b> .....	40
<b>6.9</b>	<b>Relevância da participação através do Conselho Municipal de Saúde</b> .....	41
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	43
<b>7.1</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	45
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	46
	<b>APÊNDICE</b> .....	54

## 1 INTRODUÇÃO

A saúde é essencial para o bem-estar da população. No Brasil do final do século XIX e início do século XX, poucas ações eram realizadas pelo Estado na área da saúde, geralmente ações isoladas diante de epidemias (CARVALHO, 2013). O quadro começou a mudar com a aprovação da Lei Eloy Chaves em 1923, que foi a primeira lei de previdência social do Brasil, a lei garantiu saúde e previdência dos trabalhadores das estradas de ferro privadas existentes no país, criando um sistema de Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados, dando direito a socorros médicos, medicamentos com preços especiais, aposentadoria e pensão para os herdeiros em caso de morte (SERRA; GURGEL, 2008). No século XX, o poder esteve em disputa entre elites brasileiras, com um modelo corporativista entre os anos de 1930 e 1945, com alguns momentos de democracia, mas que acabou em um corporativismo autoritário (AVRITZER, 2013). Como cita Salgueiro (2013, p. 8): “[...] Entre 1945 e 1964 predominou um populismo semidemocrático, marcado pela instabilidade e questionamentos antidemocráticos, período encerrado pelo golpe militar [...]”, o que dificultou a participação e conseqüentemente mudanças nas políticas relacionadas à saúde.

O país avançou em 1963 com a III Conferência Nacional de Saúde ao traçar dois pontos estratégicos: um sistema de saúde para todos e a descentralização do sistema de saúde (CARVALHO, 2013). Com o início da ditadura militar, Silva e Ribeiro (1984) lembram que a participação popular perde espaço nas decisões, os avanços da III Conferência Nacional de Saúde (CNS) foram freados quando são descartadas as propostas de sistema de saúde para todos e a descentralização. Apesar das dificuldades, isso não impediu que “[...] uma pluralidade de experiências participativas e emancipatórias florescesse na base da sociedade brasileira” (CICONELLO, 2008, p.1). Com os militares

controlando e restringindo a liberdade de expressão de pessoas e entidades que eram contrárias ao governo, o local encontrado para o debate foi na base da sociedade brasileira, principalmente nas Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) (CICONELLO, 2008). As CEBs têm destaque no cenário político ao contar com o apoio de movimentos sociais e pela contribuição ao processo de democratização e cidadania (LESBAUPIN, 2000). Nesse contexto de perda de espaço no estado e intensa mobilização política da sociedade civil, emerge a luta pela democratização da saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE- CONTADOR, 2007).

A sociedade civil é representada por movimentos populares, universidades, partidos políticos e médicos que avançam nas reivindicações e surge o *movimento reforma sanitaria*, pressionando o governo por melhores condições na saúde (COTTA *et al.*, 2008). Um grande passo foi dado em 1986 com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde que aconteceu em um contexto de reivindicações sociais e pressão por melhorias, e resultou nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (CARVALHO, 2013; PÊGO; ALMEIDA, 2001; WENDHAUSEN; CAPONI, 2002).

A sociedade pressionou pela redemocratização do país e por uma Constituição que abarcasse as pretensões da mesma. A Constituição de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, vem para tentar solucionar esses problemas. Na área da saúde, o Estado brasileiro abre espaço para a participação social, visto como o mais eficaz meio para a melhoria da saúde pública (ANDRADE; VAITSMAN, 2002; COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010). A Constituição definiu como diretriz a participação da comunidade e descentralização, gerando a necessidade de Leis posteriores para definir essas questões. As Leis nº 8.080 e 8.142 vêm para completar as medidas relativas à saúde. A primeira definiu a direção do SUS como única e que deve ser exercida em cada esfera do governo: municipal, estadual e federal. No âmbito federal, o



responsável é o Ministério da Saúde, no âmbito estadual é a Secretaria Estadual de Saúde ou órgão equivalente e no âmbito municipal é a Secretaria Municipal de Saúde (BRASIL, 1990a, 1990b; OLIVEIRA, 2004).

A Lei nº 8.142 contempla a participação da comunidade na gestão e transferências de recursos e institui as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera do governo (BRASIL, 2007). Fica definido que a Conferência de Saúde deve acontecer a cada quatro anos, com representação dos variados segmentos, para avaliar e propor diretrizes da saúde em cada nível correspondente. O Conselho de Saúde é permanente e deliberativo, com representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários, sendo a quantidade de usuários igual à soma de todos os outros. As normas de funcionamento devem ser definidas pelo próprio Conselho (BRASIL, 1990b). Os Conselhos estão vinculados ao modelo de gestão social, mostrado por Paula (2005, p. 37) como “experiências alternativas de gestão pública, como os Conselhos Gestores e o Orçamento Participativo [...]”.

Garantir legalmente a participação da comunidade, não confere automaticamente a efetividade dos conselhos municipais, pois existem vários entraves, como: interferência do executivo na escolha dos representantes, falta de capacitação dos representantes, faltas frequentes dos representantes, prerrogativa das políticas públicas feitas principalmente pelo executivo. Os conselhos não funcionam de forma homogênea no país e apresentam problema de eficiência (COTTA; MENDES; MUNIZ, 1998; GUIZZARD *et al.*, 2004; LABRA, 2002; SANTOS; VARGAS; LUCAS, 2011). Labra (2002, p. 52) diz que “[...] grande parte dos conselhos funcionam com estilo autoritário e elitista observado na cultura nacional, principalmente em regiões mais carentes, onde deveria ter maior união e participação”.

Diante do exposto fica claro a importância do bom funcionamento do Conselho Municipal de Saúde para que a cidade tenha uma saúde que atenda as demandas da sociedade.

O presente trabalho tem a esfera municipal como foco. A cidade definida para o estudo foi Curvelo, Minas Gerais. Cidade que, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2010) possui uma população estimada de 78.373 habitantes com uma área de 3.289,792 km<sup>2</sup>. A infraestrutura do município na área da saúde conta com 14 estabelecimentos do programa Estratégia Saúde da Família, oito clínicas especializadas, 86 consultórios isolados, dois hospitais gerais, uma policlínica, três postos de saúde, um pronto socorro, oito unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia, uma unidade de vigilância em saúde e cinco unidades móveis terrestres. Essa infraestrutura é utilizada pelos curvelanos e por cidades vizinhas que fazem parte da microrregião de Curvelo: Augusto de Lima, Buenópolis, Corinto, Felixlândia, Inimutaba, Joaquim Felício, Monjolos, Morro da Garça, Presidente Juscelino e Santo Hipólito (CÂMERA DOS DIRETORES LOGISTAS DE CURVELO- CDL-CURVELO, 2013).

Nesse contexto, o problema de pesquisa consiste na seguinte questão:

### **Como ocorre a participação social no Conselho Municipal de Saúde do Município de Curvelo/MG?**

O presente trabalho tem como objetivo geral compreender como ocorre a participação social no Conselho Municipal de Saúde em Curvelo/MG. Para tanto esse objetivo se desdobra em traçar a trajetória histórica da participação social na área da saúde, identificar características do Conselho Municipal de Saúde e traçar o perfil da participação no Conselho Municipal de Saúde de Curvelo

A metodologia utilizada será a pesquisa exploratória dos documentos referentes ao conselho municipal de saúde em busca de se conhecer quem participa do conselho, qual a representatividade da sociedade civil, qual a contribuição da sociedade civil, frequência da mesma e o que está sendo feito para efetivar o controle social.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Problema de Pesquisa**

Como ocorre a participação social no Conselho Municipal de Saúde do Município de Curvelo/MG?

### **2.2 Objetivo geral**

Este trabalho tem como objetivo analisar como ocorre a participação social no Conselho Municipal de Saúde do Município de Curvelo/MG.

### **2.3 Objetivos específicos**

- a) Identificar aspectos de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Curvelo-MG.
- b) Caracterizar a participação no Conselho Municipal de Saúde de Curvelo-MG.
- c) Caracterizar os atores do Conselho Municipal de Saúde de Curvelo-MG.

### **3 JUSTIFICATIVA**

A participação da comunidade nas decisões políticas é um grande desafio tanto para a sociedade quanto para o Estado. O presente estudo contribuirá com a geração de conhecimento sobre participação social, por não existir trabalho sobre o tema na cidade de Curvelo, cidade que é pólo da saúde na região, contando com grande aparato na área da saúde. A sociedade demanda melhora no serviço público e não tem legitimado as ações dos governantes, assim a participação social nos Conselhos Municipais é uma ferramenta indispensável para atingir uma saúde de qualidade e que atenda a sociedade, necessitando assim de estudos para entender os possíveis problemas e encontrar soluções de ação.

## **4 REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico está dividido em três tópicos: Participação social, Conselhos Municipais e Efetividade dos Conselhos Municipais contribuindo para a base teórica da metodologia.

### **4.1 Participação social**

A participação acontece em todos os lugares e dois processos de participação se destacam: as pessoas participam na família, na comunidade, na política, na escola e os países em resoluções de tratados internacionais, apoios humanitários e militares (BORDENAVE, 1994). Participar está no cotidiano da sociedade, nas relações sociais ao participar de grupos, comunidades, associações e atividades (TÉNORIO, 2005). Há uma tendência de maior participação da sociedade nas decisões do Estado, motivada principalmente pelo descontentamento com a exclusão da maioria nas decisões que interessam a todos, o que possivelmente geraria maior consciência na população, maior controle, maior poder de reivindicação e maior poder para a sociedade (BORDENAVE, 1994). A participação é conhecida por vários nomes, participação social, popular, cidadã, democrática, sempre carregando a idéia de inclusão da população nas decisões das políticas públicas (MILANI, 2008). Milani (2008, p. 66) afirma “que a idéia de participação surgiu das reivindicações de movimentos sociais”.

Na área da saúde, a participação teve sua concepção na VIII Conferência Nacional de Saúde, que traçou diretrizes que colocavam a população como peça chave para determinar, acompanhar e fiscalizar as políticas de área (GUIZARDI *et al.*, 2004). Com a redemocratização do país e as crescentes pressões da sociedade, a Constituição de 1988 acolhe as reivindicações e institui a

participação da comunidade como uma das diretrizes da saúde (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010). Além da diretriz de participação da comunidade, existem mais duas: descentralização e atendimento integral. A Constituição também definiu no Art.196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

Para a institucionalização da participação na saúde e na busca em atender a demanda pós-constituição, foi promulgada duas leis: a lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a lei nº 8.142 (BRASIL, 1990a, 1990b). Para o presente trabalho, vale ressaltar alguns aspectos das duas leis:

Quadro 1 - Leis nº 8.080 e nº8.142

Lei nº8.080	<p>Art. 4º – Define o SUS como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público.</p> <p>Art. 7º – [...] VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.</p> <p>VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;</p> <p>VIII - participação da comunidade;</p> <p>IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.</p>
Lei nº8.142	<p>Art. 4º - Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com: [...]II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o <a href="#">Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990</a>;[...].</p>

Fonte: BRASIL, 1990a, 1990b.

Os Conselhos e as Conferências são normatizados por essas duas leis, que, de acordo com Santos, Vargas e Lucas(2011, p. 485), definem também:

[...] que os Conselhos e Conferências serão de caráter permanente e deliberativo, garantindo a participação e o direito de voto a todas as categorias. Os participantes devem ser oriundos do governo, dos prestadores de serviço, dos profissionais de saúde e dos usuários, devendo ser paritários, sendo 50% representantes dos usuários.

Essa institucionalização da saúde acontece em um momento em que o mundo enxerga a participação da sociedade no processo de formulação e deliberação das políticas públicas como importante fator organizativo (MILANI, 2008). A participação social aparece como importante instrumento ao dar espaço para que diferentes e diversas vozes possam cobrar, fiscalizar e propor ações na área da saúde (ESCOREL, 2013). Esse novo arcabouço jurídico coloca a participação como instrumento central nas definições de políticas da área da saúde em uma interação do Estado com os diferentes setores da sociedade (VASQUEZ, 2003). A participação da população é parte da formação cidadã (STOTZ, 2009). Os Conselhos de Saúde colocam a tomada de decisão em debate entre o governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e da sociedade civil de modo a garantir a democratização das decisões, equidade e universalidade do SUS (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010). Os conselhos de saúde são de caráter deliberativo (BRASIL, 1990a), o que de acordo com Sacardo e Castro (2002 citados por LIPORONI, 2006, p. 36) ter

caráter deliberativo é uma importante conquista legal que fortalece o Conselho ao estabelecer sua capacidade de interferir efetivamente na gestão da saúde e não de apenas opinar ou ser consultado sobre ela.



## 4.2 Conselhos municipais de saúde

A descentralização é um importante instrumento para aproximar a população das decisões e aumentar o controle da sociedade sobre o executivo municipal (TÓTORA; CHAIA, 2002). As autoras também apontam a Frente Municipalista Nacional como um dos atores que lutaram pela descentralização. O principal dispositivo de descentralização na área da saúde foi a obrigação da criação dos Conselhos Municipais para a tomada de decisão e para receber repasse do governo estadual ou federal (HEIDRICH, 2002).

O Conselho Municipal é um instrumento da nova gestão, a social, que surgiu em contraponto à idéia gerencial do início da década e 1990 (PAULA, 2005). A mesma autora cita:

[...] os Conselhos Gestores e o Orçamento Participativo possuem suas raízes no ideário dos herdeiros políticos das mobilizações populares contra a ditadura e pela redemocratização do país, com destaque para os movimentos sociais, os partidos políticos de esquerda e centro-esquerda e as organizações não governamentais (PAULA, 2005, p. 38).

Carvalho (1997) também coloca como base os movimentos sociais e as idéias da reforma sanitária de descentralização e participação da sociedade. Como já tratado anteriormente no trabalho, com a Constituição de 1988 e as leis nº 8.080 e 8.164, ocorre à institucionalização da participação social, definindo como obrigatória a participação da comunidade nas decisões das políticas de saúde (COTTA; MENDES; MUNIZ, 2008). Como afirmam Presoto e Westphal (2005, p. 72),

[...]no setor da saúde, a 'Participação da Comunidade' no concernente ao Estado passa a ser um dos principais orientadores do SUS, constituindo para sua concretização

novos canais criados pela Constituição – conselhos e conferências [...].

Os conselhos foram constituídos como forma da sociedade definir os rumos das políticas, de ser a voz das decisões, controlando o Estado (COSTA, 2012), com chance de mudança nas políticas públicas, nos rumos de um governo democrático, sendo instrumentos de representação da sociedade que buscaram a democratização do estado (GOHN, 2006). Representam uma das principais experiências de participação da população no Brasil, indo na direção do diálogo entre governo e sociedade buscando alocação mais justa e eficiente dos recursos (TATAGIBA, 2005). A autora ainda cita a importância do estudo dos conselhos por refletirem dimensões contraditórias da nossa sociedade. Cotta, Cazal e Martins (2010) citam que com a criação dos conselhos, o controle social assume lugar de destaque na definição e execução das políticas. Os conselhos são então definidos por Martins *et al.* (2008, p. 109):

[...] como um espaço deliberativo da máquina político-institucional, sendo instrumento privilegiado para fazer valer os direitos dos cidadãos, rompendo com as tradicionais formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder pública.

Existem dificuldades para efetivação, Carneiro (2002, p. 290) diz: que “entre as potencialidades dos conselhos e sua efetividade na formulação e controle dessas políticas, há uma longa distância a ser percorrida”. A participação social pelo conselho pode não estar sendo a solução dos problemas da saúde. Estudos mostram problemas de funcionamento, como a existência dos conselhos somente para cumprir o arcabouço jurídico (MARTINS *et al.*, 2008). Outros autores seguem na mesma linha, como questiona Liporoni (2006, p. 36): “a implantação dos Conselhos de Saúde realmente efetivou a participação nas decisões?”

### 4.3 Efetividade dos Conselhos Municipais

A participação social faz parte dos Conselhos Municipais de Saúde e é bem representada numericamente, mas isso não confere automaticamente a efetividade do conselho municipal. A efetividade dos conselhos municipais é premissa para que todo o planejamento da área da saúde seja satisfatório para a comunidade. Na área pública, a efetividade de acordo com Castro (2006, p. 5): “afere em que medida os resultados de uma ação trazem benefício à população”. Consiste em conferir se uma ação do governo é necessária e oportuna, se está sendo implementada democraticamente, se está trazendo benefícios e quem são os beneficiados (TORRES, 2004). Nos conselhos municipais, a efetividade é avaliada por meio da possibilidade do conselho mudar a situação que está ocorrendo na cidade, com os atores cumprindo as finalidades do conselho (DEMANTOVA, 2003). Carneiro (2002, p. 291) sustenta que “esta efetividade tem relação com os recursos que os conselhos controlam e com o perfil e trajetória pessoal e profissional dos envolvidos[...]”. Allebrandt (2003) levanta alguns aspectos para a efetividade dos conselhos como forma de indicação, representatividade, autonomia e conhecimento dos conselheiros sobre os temas. O envolvimento dos membros do conselho com os movimentos sociais mostrando as diferenças existentes é indispensável para a efetividade dos conselhos municipais (FLEURY, 2003). Kleba *et al.* (2010, p. 794) afirmam que:

[...] a efetividade destes conselhos tem sido condicionada por inúmeros fatores desde a capacidade de formulação e negociação de propostas, até o grau de autonomia dos atores que o constituem.

A literatura sobre conselhos municipais mostra as dificuldades para a efetividade em alguns conselhos, como a baixa presença, falta de conselheiros,

sobreposição do governo, falta de autonomia, perfil dos conselheiros, frequências de reunião, entre outros.. (COTTA; MENDES; MUNIZ, 1998; GUIZZARD *et al.*, 2004; LABRA, 2002).

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo de Pesquisa**

A pesquisa apresentada é um estudo do tipo exploratório descritiva, fundamentado em pesquisa documental e entrevista semiestruturada, com abordagem quantitativa e qualitativa.

A pesquisa exploratório-descritiva foi escolhida por não existir estudos sobre o Conselho Municipal de Saúde de Curvelo/MG, pela necessidade de descrição da participação social no Conselho e por utilizar de levantamento documental e entrevista aberta em busca de entender o quadro geral da participação social no Conselho. Gil (2007, p. 27) argumenta que a pesquisa exploratória é desenvolvida:

com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis.

Gil (2007, p.28) aponta que a pesquisa descritiva tem como “objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis”.

### **5.2 Natureza da Pesquisa**

A pesquisa será de natureza quantitativa e qualitativa.

### **5.2.1 Planjemaneto da pesquisa**

Dentro do Planejamento foi feita consulta ao Conselho Municipal de Saúde sobre a possibilidade de acesso as atas dos últimos quatro anos e entrevista com membros para possível esclarecimento.

### **5.3 Objeto de estudo**

O Objeto de estudo do presente trabalho foi o Conselho Municipal de Saúde de Curvelo/MG. Em 1991 o então prefeito José Alves Viana seguindo a Lei nº 8.142 que indicava a necessidade dos conselhos municipais, criou o Conselho Municipal de Saúde de Curvelo/MG através da Lei nº 1.542 de 17 de junho de 1991 (CURVELO, 1991). O Conselho foi instituído em Curvelo no ano de 1991, ano que mais se criou CMS no Brasil, foram criados 312 CMS o que representa 24,7% dos CMS criados até 1997(MOREIRA; ESCOREL, 2009).

### **5.4 Coleta de Dados.**

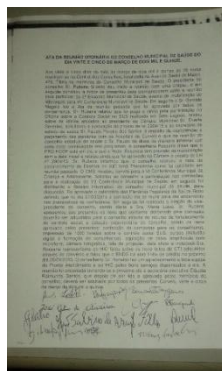
Como não existem estudos sobre a participação social no Conselho Municipal de Curvelo, a coleta de dados foi a através da pesquisa documental e entrevista semiestruturada, para obter informações referente a criação do Conselho Municipal de Saúde de Curvelo, suas principais decisões, a presença nas reuniões, escolha de conselheiros, quem são os conselheiros, classe, idade, sexo, prerrogativa de projetos públicos, intervenção em projetos por parte dos representantes da sociedade civil, condições do ambiente, apoio do executivo, história da saúde e do conselho em Curvelo.

A pesquisa documental possibilita o levantamento de dados em registros oficiais, atas (Figura 1), filmes e documentos em geral. Essas fontes podem possibilitar inúmeros dados, quantitativos e qualitativos (GIL, 2007).

Os documentos utilizados para o presente trabalho foram: Boletim da Saúde – Órgão Informativo do Conselho Municipal de Saúde de Curvelo, ficha de visita do CMS Curvelo/MG, Programação anual de Saúde/2015, Plano municipal de Saúde 2014 a 2017, Boletim Informativo (2012) – Comparação de despesas 2012, Jornal Edição 01 e 02, 08 Resoluções do CMS – Curvelo/MG, 09 Atas de reunião do conselho e 19 listas de presença. Esses documentos foram escolhidos por abranger todos os temas necessários ao trabalho e por ter sido os únicos a ser disponibilizado, deixo registrado a dificuldade em ter acesso aos documentos, o combinado não foi cumprido, houve atrasos, negativas e no final foi preciso protocolar um pedido de informação que não foi atendido em sua totalidade.

As atas foram um dos documentos analisados. Elas foram escolhidas em busca de conhecer como acontece a reunião do CMS, as discussões existentes, a presença, participação dos conselheiros e assuntos abordados. Foi feito o pedido das atas dos últimos 4 anos, sendo disponibilizado somente 9 atas.

Figura 1 Exemplo de Ata

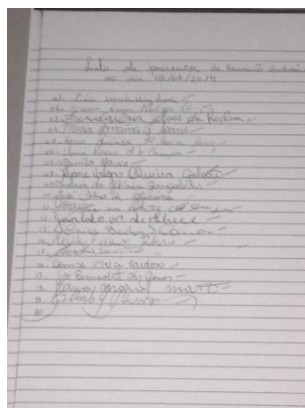


Fonte: CMS – Curvelo/MG. Arquivo, 2015.

As listas de presença (Figura 2) também foram analisadas, sendo requisitadas as listas dos últimos cinco anos, sendo disponibilizado 19 listas, sendo 8 ilegíveis. Elas foram determinantes para levantar a participação dos usuários, governo, trabalhadores, servidores e população no geral.

As atas e as listas de presença são documentos de primeira mão que ainda não foram analisados por pesquisadores, não receberam nenhum tratamento anterior específico para obtenção e seleção de dados. (GIL, 2007

Figura 2 Exemplo de Lista de Presença



Fonte: CMS – Curvelo/MG. Arquivo, 2015.

Em vista da dificuldade de acesso a todas as atas e listas de presença para a produção do trabalho foram pesquisadas outras fontes documentais.

Prado (2010, p. 124) afirma que:

[...] quando não existe o acesso a todos os documentos que possibilitem o desvendamento dos acontecimentos de modo detalhado, deve o pesquisador direcionar-se a outros tipos de documentos e fontes para a reconstituição de seus dados.



O baixo custo da pesquisa documental (GIL, 2007) facilitou a pesquisa em outros documentos, como os jornais da região que trouxeram em duas de suas edições encartes sobre o CMS. Esses foram analisados em busca de conhecer as ações expostas a comunidades, de conhecer o trabalho, participação e outras informações relevantes ao trabalho.

Figura 3 Encarte Jornal CMS



Fonte: CMS – Curvelo/MG. Arquivo, 2015.

O CMS possui Boletim da saúde (Figura 4) que foi pesquisado para conhecer os planos de trabalho e informações relevantes de participação no CMS.

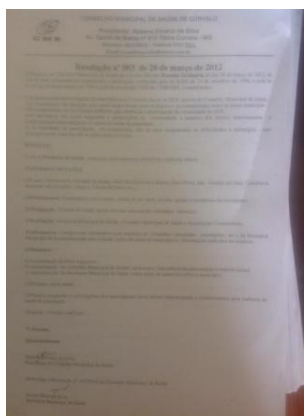
Figura 4 Boletim da Saúde – março 2015



Fonte: CMS – Curvelo/MG. Arquivo, 2015.

Foram analisadas 8 resoluções do CMS para conhecer as decisões tomadas e quem as toma

Figura 5 Resolução CMS - Curvelo/MG



Fonte: CMS – Curvelo/MG. Arquivo, 2015.

A segunda etapa da coleta de dados foi a entrevista. Ela possibilita conhecer a visão de quem participa diretamente do objeto de estudo, podendo ser realizada em todas as camadas sociais, com ampla flexibilidade para abordagem de assuntos e temas que não tenham sido totalmente esclarecidos com a pesquisa documental (ZANELLA, 2009). Na entrevista semiestruturada o entrevistador segundo Zanella (2009, p. 119), “dispõe de um roteiro-guia, no entanto, não necessariamente segue a ordem determinada no roteiro, se oportuno, inclui novos questionamentos durante o encontro”.

Foram agendadas 7 entrevistas, sendo possível concluir 4. Os problemas ocorreram quando estive presente em 2 locais agendados e as pessoas (2 representantes dos usuários) não compareceram no horário combinado, a terceira pessoa (coordenador de saúde bucal de Curvelo e membro do CMS) desmarcou faltando 30 minutos devido a reunião de urgência.

O planejamento era fazer pelo menos três entrevistas com representantes dos usuários e 1 com representantes do governo, trabalhadores e prestadores. Não sendo possível devido as faltas e cancelamento, foi realizado duas entrevistas com representantes de usuários, uma com representante dos prestadores e uma com representante dos trabalhadores. A entrevista semiestruturada foi de suma importância ao facilitar que assuntos e informações não esperadas fossem descobertas. Manzini (2004) descreve as qualidades desse tipo de entrevista, mostrando que ela pode fazer com que surja informações de forma mais livre e espontânea, sem respostas condicionadas pelo autor.

O primeiro entrevistado foi o senhor JSO, foi escolhido por ser representante dos usuários e ter um grande histórico de participação, é presidente de associação de bairro, sendo conhecido como o melhor presidente de associação. O segundo entrevistado foi o senhor GM foi escolhido por ser atuante no controle social, membro antigo do CMS, presidente de associação, representante dos usuários, 2º secretário da mesa, com grande conhecimento. O terceiro entrevistado foi AA escolhido por ter sido duas vezes presidente do CMS-Curvelo/MG, por ter sido representantes dos prestadores que é o mais difícil contato, e por ter um vasto conhecimento na área da Saúde em Curvelo, pois tem seu laboratório na cidade, desde 1973. A quarta entrevista foi CD, que tem mais de 10 anos de participação no CMS, sendo representante dos trabalhadores, com disponibilidade e conhecimento para a entrevista.

## **5.5 Análise dos Dados**

A análise de conteúdo tenta compreender o sentido dos documentos, por meio de informações explícitas ou ocultas (CHIZZOTTI, 2006). A análise dos dados foi feita nos documentos e entrevistas buscando compreender e extrair os

dados que interessam ao trabalho e ajudem a responder à pergunta: Como ocorre a participação social no Conselho Municipal de Saúde do Município de Curvelo/MG?

Ela foi feita em todos os documentos, buscando informações sobre presença, participação, estrutura e histórias. A entrevista foi feita e analisada visando preencher as lacunas onde documentos obtidos não foram suficientes, da entrevista buscou-se analisar história da saúde, a criação do CMS, o perfil dos participantes, envolvimento com movimentos sociais, a presença dos conselheiros e sociedade, interesse da sociedade em participar, modos de discussão e decisão e importância do conselho.

## **6 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Nesta parte do trabalho serão apresentados os resultados e discussões, dividido em 8 tópicos: História de Curvelo, Os Conselheiros, Ambiente de Participação, Reuniões, Participação dos Cidadãos, Participação dos Conselheiros, Discussão e Votação e Relevância da Participação Através do Conselho Municipal de Saúde.

### **6.1 História de Curvelo**

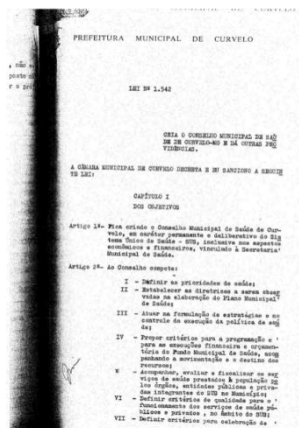
Curvelo foi criado por ordem régia em 16 de março de 1720. Era denominada no século XVIII como Arraial de Santo Antônio do Corvello. Segundo Diniz (1975), em 1760 Corvello possuía 50 pessoas. Onde foi fundado o Arraial, antes era terra habitada somente por índios, foi habitada também por portugueses e escravos (ÁLVARES, 2007). Santos (2012, p. 13) cita que o povoado “oitocentista está à beira do que era o caminho de tropeiros e viajantes com destino a Bahia”. Álvares (2007, p. 1) aborda que “na metade do século XVIII, muitos escravos já estavam libertos por meio das cartas de libertação ou se organizando em quilombos da região”. Em 13 de outubro 1831, deu-se a mudança de arraial para vila, instalando a primeira câmara em 13 de julho de 1832. Sendo elevado a cidade em 15 de novembro de 1875, mesmo ano da instalação da segunda fábrica da Cedro e Cachoeira. Em 1891 a cidade foi denominada Curvelo (IBGE, 1957). Antes de se tornar cidade, Curvelo já despontava para a área da saúde, sendo fundado o primeiro hospital em 16 de setembro de 1866 (HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DE CURVELO - HSAC, 2015). Em 1900, o município tinha destaque na produção de algodão, abastecendo duas fabricas de tecido, recebeu prêmio pela alta produção em Turim em 1911 (CURVELO, 2015). Em 1920 foi fundado o segundo Hospital ,

chamado Imaculada Conceição, relevante para o atual sistema de saúde em Curvelo (HOSPIC, 2005). Curvelo despontou para a produção agropecuária a partir de 1960 devido a novos processos e métodos para utilização do solo, após 1960 Curvelo tornou-se um dos principais municípios de Minas Gerais em plantação de reflorestamento (CURVELO, 2015). Hoje a cidade é um polo com grande produção agropecuária, com comércio local forte, com extração de pedras e grande aparato na área da saúde. A área da saúde hoje em Curvelo possui 14 pontos da Estratégia Saúde da Família, 8 Clínicas Especializadas, 86 consultórios isolados, 2 hospitais gerais, 1 policlínica, 3 postos de saúde, 2 Pronto Socorro, 8 Unidade de serviço de apoio a Diagnose e Terapia, 1 Unidade de Vigilância em Saúde, e 5 Unidade Móvel Terrestre (CDL-CURVELO, 2013).

## **6.2 História do Conselho Municipal de Saúde de Curvelo/MG.**

O Conselho Municipal de Saúde de Curvelo/MG foi criado em 1991, momento de euforia após a promulgação da Constituição de 1988 que incentiva e garante no seu texto a participação da comunidade nas decisões. A criação foi sancionada pelo prefeito José Alves Viana através da Lei nº 1.542 de 17 de junho de 1991 (CURVELO, 1991).

Figura 6 – Página 1 da Lei nº 1.542 de 17 de Junho de 1991.



Fonte: Curvelo, 1991.

Um dos documentos pesquisados (BOLETIM INFORMATIVO, 2012), informa os ex-presidentes do conselho: Marcos Agnelo Abreu Matoso e Mauricio Barata (1991-1994), Rubens Meira (1995-1996), Rubens Silvério (1996-2000), Ailton Antônio Assis (2000-2001), Alen Roberto Coutinho (2001-2003), Geraldo Moreira da Costa Filho (2004), Rubens Silvério (2003-2005), Ailton Antônio Assis (2005-2007) Ronaldo Ricardo da Silveira (2007-2011), Juscelino da Silva (2012-2013), sendo o atual presidente Rubens Silvério, que é representante dos usuários com mandato assegurado até o final de 2015.

### 6.3 Os Conselheiros

Atualmente o Conselho de Saúde conta 24 conselheiros efetivos e 24 conselheiros suplentes, sendo 24 representantes dos usuários, 6 dos prestadores de serviço, 6 do governo e 12 dos trabalhadores. A origem desses conselheiros segundo Santos, Vargas e Lucas (2011, p. 485) “devem ser oriundos do governo,

dos prestadores de serviço, dos profissionais da saúde e dos usuários, devendo ser paritários, sendo 50% representante dos usuários”. Em Curvelo se respeita a legislação federal, diferente de Viçosa que de acordo com Cotta, Cazal e Martins (2010, p. 2441) “[...] tem-se inadequação na representação dos profissionais de saúde[...]. Já os representantes do governo e prestadores de serviço ocupam 41% das vagas, mas deveriam ocupar 25% das vagas”.

O presidente do conselho é representante dos usuários, o que é um avanço, visto que é comum que os presidentes sejam os secretários municipais, e com os secretários exercendo a presidência segundo Stralen et al. (2006, p.628) “[...]assinala uma possível restrição da autonomia do conselho”.

Para aproximar o CMS com os bairros foram programadas 9 plenárias setoriais para os meses de março, abril e maio em busca de envolver, mobilizar e multiplicar os interessados pelo conselho, sendo a intenção central divulgar a VII Conferência Municipal de Saúde em Curvelo/MG que acontecerá no dia 27 de junho 2015(BOLETIM DA SAÚDE, 2015). O entrevistado 2[GM] citou a conferência e afirmou que

Estamos vivendo um momento muito importante, onde a sociedade civil organizada, deve e pode participar através das entidades representativas da comunidade, como no caso da União Municipal de Associações Comunitárias, projetos sociais, prestadores de serviço, igrejas, grupos de serviço.

Esses conselheiros são indispensáveis para o bom funcionamento dos conselhos, espera-se que eles cumpram com as obrigações e necessidades do cargo. Contudo, no caso de Curvelo, foram identificados problemas relacionados aos conselheiros, de acordo com o entrevistado 1 [JSO]

[...] tem companheiros e companheiras, conselheiros e conselheiras e ele não tem responsabilidade, ele assina que é conselheiro, mas ele vai mais no “oba oba” pra ganhar umas



palmas, um parabéns, para dizer que é conselheiro, conselheira, ele some e não aparece mais.

A entrevistada 4 [CD] afirma que:

precisa ser mais divulgado, porque geralmente vai ter a conferência, aí vem muitas poucas pessoas e dentro daquele pequeno número e feito as votações, escolhe, todo mundo vota se concorda ou não aquela pessoa ser conselheiro.

A falta de divulgação também se apresenta em outras localidades, Cotta, Cazal e Martins (2010, p. 2441) apresentam que “quanto a divulgação das deliberações do CMS, 44,1% dos entrevistados afirmaram que estas não são informadas a população [...]”. A entrevistada ainda afirma “que podia abranger mais pessoas, mais população, porque quase sempre são as mesmas pessoas”.

#### **6.4 Ambiente de participação**

Com relação a estrutura para funcionamento do CMS. Analisando cidades do porte de Curvelo com população entre de 50.001 a 100.000, 56% não possuem sede própria, 29% não possuem linha telefônica, 49% não possuem computador e 49% não tem acesso à internet (MOREIRA; ESCOREL, 2009). Em Curvelo até 2007 a situação era precária, de acordo com o entrevistado 3[AA]:

Não tinha era praticamente nada, não tinha local próprio, fixo para reuniões, na verdade no início não tinha nem computador, não tinha telefone, nem secretária, era realmente bem difícil mesmo, a gente fazia reuniões as vezes em uma própria sala cedida pela secretária de saúde, naquele tempo, hoje já tem sala própria né? Funcionando em local próprio.

Hoje o CMS funciona em local fixo situado na Avenida Gentil de Matos, 415, Tibira – Curvelo/MG com salas adequadas, cadeiras, computadores, impressora, telefone, ventilador, bebedouro, cozinha, internet. O entrevistado 2 [GM], por exemplo, afirma que “A logística do conselho municipal de saúde é boa, o conselho faz suas reuniões na central dos conselhos[...] ela proporciona boas condições de trabalho aos conselheiros e visitantes”. Stralen et al. (2006, p. 629) afirmam que

O apoio administrativo e a infraestrutura física dos conselhos não apenas dizem respeito as suas condições de funcionamento, mas também são indicadores do apoio político do gestor do SUS ao controle social e gestão participativa.

Figura 7 Sala de Reunião Conselho Municipal de Saúde Curvelo/MG



Fonte: GUIMRÃES, Luiz Paulo. Arquivo Pessoal, 2015.

A sala que acontece as reuniões do CMS como mostra a foto é equipada com cadeira, mesa, televisão, computador, internet, mesas, um ambiente limpo e agradável.

## 6.5 Reuniões

As reuniões são realizadas nas 2ª quartas-feiras e nas 4ª quartas-feiras do mês, as 18h na central dos conselhos (Avenida Gentil de Matos, 415, Tibira). Moreira e Escorel (2009) citam que em 91% dos CMS de cidades com 50.0001 a 100 mil habitantes existem pelo menos uma reunião mensal.

As presenças nessas reuniões são importantes para a tomada de decisões. A partir de 19 listas de presença que tivemos acesso dos anos 2013, 2014 e 2015, chegamos ao número de 285 participantes, nas 19 reuniões, média de 15 pessoas por reunião. Em Diadema-SP de acordo com o trabalho da Costa (2012) o número médio de participantes foi de 12,9 por reunião.

As entrevistas vieram para corroborar a pesquisa documental, a presença nessas reuniões de acordo com o entrevistado 2[GM]

[...] é mediana, os conselheiros são eleitos em uma conferência municipal de saúde para um mandato que geralmente é de 2 anos, nós temos reuniões regulares a cada 15 dias, geralmente quarta as 18, é mediana porque as pessoas interessam em participar da conferência, para serem eleitor e depois com o passar do tempo perdem esse interesse, deixam de ir nas reuniões, não participação das decisões, tem hora que passamos aperto em algumas aprovações que dependem do conselho de saúde”.

A entrevistada 4 [CD] define a presença como “falha, muito falha, existe falta de quórum, você espera, chegou quatro, você tem que ficar esperando para ver se chega em um número para ter eleição, votação.” O entrevistado 1[JSO] se mostra indignado com a atitude de alguns conselheiros “...as vezes falta quórum, sendo necessário até marcar uma reunião extraordinária, então isso é vergonhoso”, A falta de quórum vai ao encontro com os resultados do trabalho de Moreira e Escorel (2009) onde 39% dos CMS em cidades de 50.001 a 100.000 habitantes existe cancelamento das reuniões por falta de quórum.

## 6.6 Participação dos Cidadãos

Sabendo da importância do conselho o presente trabalho buscou identificar se existe interesse da sociedade em participar mesmo não sendo conselheiro. A participação foi citada no trabalho como uma grande maneira de contribuições positivas, Bordenave (1994, p. 12) afirma que “a participação está na ordem do dia devido ao descontentamento geral com a marginalização do povo dos assuntos que interessam a todos e que são decididos por poucos”. Com o descontentamento geral da população em relação a administração pública e principalmente na área da saúde, o CMS é o local adequado para que todos possam participar, acompanhar as ações que estão sendo feitas no municípios, dar sua sugestão e levar sua demanda. Por esses motivos esperasse uma grande procura pelo mesmo. Por meio das 11 listas de presença podemos constatar a presença de 19 cidadãos que estiverem presentes nas reuniões apesar de não serem conselheiros, representando 12,66% dos participantes total (150). Fernandes (2010) mostra a baixa presença dos cidadãos em Porto Alegre (3,7%, 1,5% e 2,22%) nos (anos 2005, 2006 e 2007 respectivamente), mas também mostra outro lado, a alta presença dos cidadãos em Salvador com 51,9%, 40,8% e 45,8% de presença dos cidadãos externos nos anos de 2005, 2006 e 2007 respectivamente.

O entrevistado 3[AA] afirma que quando era presidente “foi procurado [por cidadãos], pois as reuniões são abertas ao povo, mas foram só algumas vezes e ele levava a demanda para o Conselho Municipal de Saúde”. Nas 9 atas que tivemos acesso constam a baixa participação, apenas uma pessoa da comunidade foi citada nas atas, trata da Sr. Marcela Oliveira Santana que foi reclamar de possíveis irregularidades no processo de contratação dos agentes

comunitários de saúde, o presidente encaminhou a reclamação e aguardava resposta. O que divergiu do trabalho apresentado por Fernandes (2010) onde existe grande participação dos cidadãos em Porto Alegre e Salvador, com média de iniciativa de discussão maior que o governo.

### **6.7 Participação dos Conselheiros**

A tomada de decisão no Conselho Municipal de saúde envolve o debate entre os representantes dos usuários, dos prestadores de serviço, dos trabalhadores e do governo para garantir a democratização das decisões, equidade e universalidade do SUS (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010).

Os conselheiros devem ser oriundos do governo, prestadores de serviço, trabalhadores da área da saúde e usuários, garantindo 50% de representantes de usuários (SANTOS; VARGAS; LUCAS, 2011). No número de representantes, os usuários são 12 (50%), em busca de descobrir se a presença dos usuários também corresponde a porcentagem indicada para esses representantes, foi feito o levantamento por meio das 11 listas de presença, com o total de 131 presença ficou constatado os seguintes valores para cada seguimento, 64 representantes dos usuários (49%), 28 representantes do Governo (21), 28 representantes dos trabalhadores (21) e 11 representantes dos prestadores (9%). A menor participação é dos representantes dos prestadores de serviço que segundo Stranlen et al. (2006, p. 625)

É nítida a presença minoritária de prestadores privados nos conselhos. [...] por serem minoria, os prestadores privados preferem fazer suas negociações diretamente com o secretário de Saúde, em detrimento da sua participação nos Conselhos.

Levando em conta a presença de 131 conselheiros em 11 reuniões e o conselho sendo constituído por 24 conselheiros efetivos a média da presença dos conselheiros representa 49,62%.

A participação dos conselheiros nas reuniões, os representantes dos usuários, dos prestadores de serviços, dos trabalhadores e do governo é a essência do conselho. Nas 9 atas que o autor teve acesso e não incluindo o presidente e secretário, os que mais participaram, explanaram e falaram foram os representantes do governo com 7 participações, o segundo e terceiro foram os representantes dos trabalhadores e usuários com 3 participações cada e o quarto foram os representantes dos prestadores de serviço com 1 participação. Essa maior iniciativa do governo representa 63,6% da participação, o que vai de encontro com o que é apresentado no trabalho de Fuks, Perissinotto e Souza (2004 citado por TATAGIBA, 2005, p. 2011) que diz que “[...]a respeito da iniciativa de debate[no CMS de Curitiba] os atores governamentais se fazem presentes em 60,2% dos casos[...]”. Costa (2012) e Fernandes (2010) apresentam dados diferentes, Fernandes (2010) mostra que em Salvador o governo inicia 30,6%, 31% e 12,5% dos casos nos anos 2005, 2006 e 2007 respectivamente, Costa (2012) mostra que a incidência de participação do poder executivo representa 39%. Os assuntos abordados estão discriminados na tabela a seguir.

Quadro 2 – Assuntos das reuniões.

Assuntos Abordados pelo Governo	<p>1 – Conhecimento e aprovação de possível utilização do recurso do teto da Vigilância em Saúde para complementação de portaria referentes a dengue.</p> <p>2 – Rescisão do contrato de serviço de remoção de pacientes graves em UTI móvel.</p> <p>3 – Prestação de contas sobre o convênio com a Secretaria Estadual de Saúde;</p> <p>4 – Informar sobre a visita de profissionais de atenção primária da Superintendência Regional de Saúde de Sete Lagoas para monitoramento.</p> <p>5 – Treinamento sobre temas como prevenção, combate e formas de tratamento (saúde bucal )</p> <p>6 – Esclarecimento do Plano de Ação de Saúde do trabalhador.</p> <p>7 – Esclarecimento do Plano de Ação de saúde do trabalhador.</p> <p>8 – Apresentação da proposta orçamentária de 2015.</p>
Assuntos abordados pelos trabalhadores	<p>1 - Demonstrativo de compra de camiseta, régua e porta lixo.</p> <p>2 – Exposição de serviços prestados no Posto de Assistência Médica.</p> <p>3- Explanação dos serviços da Estratégia Saúde da Família do bairro Ipiranga.</p>
Assuntos abordados pelos usuários.	<p>1 – Homenageados do CMS.</p> <p>2 – Responsabilidade pelo conserto de uma geladeira.</p> <p>3 – Questionamento sobre unidade de saúde do bairro Maria Amália.</p>
Assuntos abordados pelos prestadores de serviço.	<p>1 – Confirmação de pagamento em dia entre a prefeitura e o Hospital Imaculada Conceição.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor, 2015.

Essas participações vão de encontro com o exposto por Costa (2012, p. 2013) “[...] percebemos que parte das reuniões foi dedicada a procedimentos regimentais e legais que necessitam de aprovação do CMS [...]”.

### **6.8 Discussão e votação**

Os conselhos foram constituídos como forma da sociedade definir os rumos das políticas, de ser a voz das decisões, controlando o Estado (COSTA, 2012). O caráter deliberativo do conselho é a essência para que a sociedade definia realmente os rumos da saúde. Essa deliberação deve acontecer para toda ação do governo na área da saúde. Para que a discussão ocorra de maneira satisfatória ela deve envolver os representantes de todos os níveis: usuários, governo, trabalhadores e prestadores de serviço.

Em relação a discussão e votação no conselho municipal a entrevistada 4[CD] acredita que falta foco nos assuntos importantes e afirma que

Às vezes é só aquilo mesmo, só pra vim levantar a mão, e as vezes tem pessoas que discordam[...] mas as vezes a gente está discutindo realmente as coisas necessárias ai vem um conselheiro lá querendo um poste, querendo um banheiro público e sai totalmente do foco, e aquilo que eu te falo, as vezes o tempo vai se estendendo, você sabe como estão os dias de hoje e a reunião não fecha, realmente a gente tem que votar sem ter aquela discussão [...].

As 9 atas estudadas confirmam a falta de discussão antes da votação. Nas atas constam a realização de 3 votações, com 3 resultados de unanimidade sem discussão, somente explanação antes da votação feita pelo representante do governo. Fernandes (2010) mostra um cenário diferente de Salvador, onde nos anos de 2005, 2006 e 2007 houve em média 26,23% de matérias



rejeitadas. Souza (2008) mostra que em Araraquara de 2001 a 2007 foram discutidas 59% das prestações de conta antes de aprovação.

O entrevistado 3[Ailton] cita a conferência estadual e afirma que existe sim discussão mas chama atenção para um grande problema ao dizer que,

há mais tempo, deve ter mais de 10 anos, em uma conferência estadual, em Belo Horizonte, foi aprovada a criação do que seria na época um escritório regional da saúde em Curvelo, hoje a gente ainda pertence a regional de Sete Lagoas, nessa época, na conferência foi aprovada. Para você ter idéia, tem mais de 10 anos, até hoje não existe, não saiu do papel.

Esse cenário mostra a baixa participação da sociedade curvelana nas decisões, nas possíveis mudanças em ações do poder executivo e mostra também com a fala do AA que apesar de decidido, pode não sair do papel.

## **6.9 Relevância da participação através do Conselho Municipal de Saúde**

Martins (2008, p. 109) afirma sobre a importância dos conselhos que é um “instrumento privilegiado para fazer valer os direitos dos cidadãos, rompendo com as formas de gestão e possibilitando a ampliação dos espaços de decisão e ação do poder público”. Através das entrevistas foi possível ter idéia da visão dos conselheiros sobre a importância do Conselho. O entrevistado 1[JSO] afirma que,

Sem o conselho seria pior, o conselho é um órgão representante da comunidade, em comum a todos, em todos os setores, tanto usuário, trabalhador, governo, usuário, veja bem, vamos fazer uma comparação, antes da fundação da associação do bairro São Geraldo, os moradores não representavam nada, hoje temos representantes e voz.

As dificuldades existentes e avanços devem ser considerados, Souza (2008, p. 122-123) afirma que “Sem dúvida, os limites, constrangimentos e entraves são inúmeros a essas instancias participativas, mas não podemos deixar de destacar os avanços alcançados por parte destas arenas”.

O Entrevistado 3 [AA] acredita que “houve algumas mudanças, mas não sei enumerar, não é do jeito que poderia ser, entendeu? Mas alguma coisa realmente foi melhorada dentro do município”, já o entrevistado 2 [GMS] também afirma

[...]que se não houvesse os conselhos municipais, muita coisa estaria pior, se hoje ainda não está dentro de onde a gente gostaria ou onde a gente sonha, sem controle social estaria obviamente muito pior, e o controle social não atrapalha nenhum governo que tenha boa intenção, muito pelo contrário, torna parceiro da administração pública [...].

Apesar de todos os problemas e entraves os conselheiros entendem e sabem da importância do CMS (SOUZA, 2008).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente tema foi escolhido pela importância e capacidade dos conselhos municipais de saúde de oferecerem um novo arranjo nas políticas públicas da saúde, um espaço onde todos os atores interessados debatem em busca de uma solução adequada. Foram constituídos como forma da sociedade definir os rumos das políticas, de ser a voz das decisões, controlando o Estado (COSTA, 2012).

Mediante os resultados expostos conclui-se que os representantes dos usuários, governo, prestador de serviço e trabalhadores tem o espaço garantido, respeitando a Lei nº 8.124. Garantindo o espaço definido em lei, a tomada de decisão passa pelo debate entre todos esses atores para garantir a democratização das decisões, equidade e universalidade do SUS (COTTA; CAZAL; MARTINS, 2010). O presidente é representante dos usuários, o que demonstra autonomia do CMS.

Martins *et al* (2008) aponta problemas de funcionamentos, e demanda da sociedade por boa infraestrutura. A pesquisa revela que o Conselho Municipal de Curvelo tem uma estrutura adequada para as reuniões. Elas acontecem com uma frequência satisfatória, mas com a presença dos conselheiros abaixo dos 50%.

São realizadas 2 reuniões por mês em um Conselho que conta com adequada estrutura física auxiliando no bom funcionamento do mesmo.

Nas reuniões, somente 12,66% dos participantes não são Conselheiros. A média da presença dos conselheiros na reuniões é 49,62%, essa falta dos representantes é um entrave para a efetividade dos CMS (COTTA; LABRA, 2002; SANTOS; VARGAS; LUCAS, 2011). Entre os conselheiros a presença dos usuários totalizam 49% dos presentes na reunião, demonstra que a sociedade está participando, e acompanhando os trabalhos do conselho, mas nota-se a

partir das atas a baixa participação direta dos usuários. Os prestadores de serviço aparecem como os menos frequentes as reuniões, representando 9%. Nas atas o governo é predominante nas ações dentro do conselho, apesar de só representar 21% dos presentes é ele que mais apresentou temas e fatos nas reuniões. Foi possível concluir que os trabalhadores da área da saúde participam principalmente na explanação de como estão sendo feitas as atividades no seu local de trabalho.

Uma importante observação é a baixa discussão e questionamentos sobre as questões colocadas em votação.

Conclui-se com o trabalho que o CMS ainda não atingiu o seu potencial, por existir dificuldades para sua efetividade (COTTA; MENDES; MUNIZ, 1998; GUIZZARD et al., 2004; LABRA, 2002),mas é peça chave para que uma cidade tenha uma boa prestação de serviço de saúde com qualidade onde todos podem apresentar seus problemas, idéias e demandas. Diante disso abre-se uma lacuna para futuros estudos referentes a como melhorar o funcionamento do Conselho Municipal de Curvelo-MG.

## **8 CONCLUSÃO**

O trabalho tem como objetivo geral analisar como ocorre à participação social no Conselho Municipal de Saúde de Curvelo-MG. Conclui-se que a participação acontece em local adequado, respeitando a paridade que deve existir entre usuários, governo, trabalhadores e prestadores de serviço. As reuniões acontecem com uma frequência satisfatória, mas com presença de menos de 50% dos conselheiros efetivos. Outro ponto negativo sobre o CMS é a baixa discussão e questionamento sobre as questões que são colocadas em votação.

Os objetivos específicos foram respondidos em sua totalidade, ao identificar os aspectos do funcionamento, ao caracterizar a participação do CMS de Curvelo e ao caracterizar todos os atores envolvidos no CMS.

As limitações do trabalho foram referentes à dificuldade de acesso aos documentos do CMS de Curvelo-MG, que postergou ao máximo a entrega dos documentos requeridos e quando o fez não entregou na sua totalidade.

Com a conclusão desse trabalho, abre-se espaço e necessidade de outros estudos sobre o Conselho Municipal de Saúde de Curvelo-MG. Podem ser realizados diversos estudos, entre eles, estudo para entender a baixa presença dos conselheiros e para entender os problemas de funcionamento,

## REFERÊNCIAS

ALLEBRANDT, S. L. Conselhos municipais: potencialidade e limites para a efetividade e eficácia de um espaço público para a construção da cidadania interativa. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 27,2003, Atibaia. **Anais...**Atibaia: ANPAD, 2003. 1 CD-ROM.

ÁLVARES, R. G. **Arraial de Santo Antônio do Corvello traços para um perfil**. São Paulo: Governo de São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao22/materia02/texto02.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2015.

ANDRADE, G. R. B. de; VAITSMAN, J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 925-934, jan. 2002.

AVRITZER, L. Modelos de deliberação democrática: uma análise do orçamento participativo no Brasil. In: SALGUEIRO, G. A. (Ed.). **A participação popular na administração popular no município de Alfenas, MG, no período de 2006 a 2013**. Lavras: UFLA, 2013. p. 1-40.

BOLETIM DA SAÚDE. Órgão Informativo do Conselho Municipal de Saúde de Curvelo. Curvelo, 2015.

BOLETIM INFORMATIVO. Curvelo: Conselho Municipal de Saúde de Curvelo, 2012.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 1994. 32 p.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em:

<<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>.  
Acesso em: 11 nov. 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em:  
<<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>>.  
Acesso em: 11 nov. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2007. 240 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. 120 p.

CÂMERA DOS DIRETORES LOGISTAS DE CURVELO. **CDL**. Curvelo, 2013. Disponível em:  
<[http://cdlcurvelo.org.br/arquivos/base\\_de\\_dado\\_municipio\\_de\\_curvelo.pdf](http://cdlcurvelo.org.br/arquivos/base_de_dado_municipio_de_curvelo.pdf)>.  
Acesso em: 10 set. 2014.

CARNEIRO, C. B. L. **Conselhos de políticas públicas**: desafios para sua institucionalização. Rio de Janeiro: RAP, 2002. 16 p.

CARVALHO, A. I. Conselho de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-113.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CASTRO, R. B. **Eficácia, eficiência e efetividade na administração pública**. Salvador: ENANPAD, 2006. 11 p.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006. 164 p.

CICONELLO, A. **A participação social como processo de consolidação no Brasil**. São Paulo: Oxfam Internacional, 2008. 12 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Movimento sanitário brasileiro da década de 70: a participação das universidades e dos municípios**. Brasília, 2007. 92 p.

COSTA, T. **A participação do Conselho Popular de Saúde na dinâmica deliberativa do Conselho Municipal de Saúde de Diadema/SP: um processo em questão: 2008-2010**. 2012. 155 p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2012.

COTTA, R. M. M.; CAZAL, M. de M.; MARTINS, P. C. Conselho Municipal de Saúde: (re)pensando a lacuna entre o formato institucional e o espaço de participação social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2437-2445, 2010.

COTTA, R. M. M. et al. Health councils and social participation in Brazil: shades of an utopia. **Physis: Revista e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; MUNIZ, J. N. **Descentralização das Políticas Públicas de Saúde: do imaginário ao real**. Viçosa, MG: UFV, 1998. 148 p.

CURVELO. **Lei nº1.542**, de 17 de junho de 1991. Cria o Conselho Municipal de Saúde de Curvelo-MG e dá Outras Providências. Curvelo: Câmara Municipal, 1991. 5 p.

CURVELO. Prefeitura Municipal. **Breve histórico**. Disponível em: <<http://curvelo.mg.gov.br/site/curvelo-breve-historico/>>. Acesso em: 9 maio 2015.



DEMANTOVA, C. G. **A eficácia dos conselhos gestores:** estudo de caso do Conselho Municipal de Desenvolvimento Rural de Campinas, SP. Campinas: UNICAMP, 2003. 155 p.

DINIZ, A. G. D. **Dados para a história de Curvelo.** Belo Horizonte: Comunicação, 1975. 93 p.

ESCOREL, S. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1938-1940, 2013.

FERNANDES, A. S. A. Conselhos Municipais: participação, efetividade e institucionalização dos conselhos: os casos de Porto Alegre e Salvador. **Cadernos EBAPE-BR**, Rio de Janeiro, v.8, n. 3, p. 438-452, 2010.

FLEURY, S. Concertação e efetividade da ação política: o Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social do governo Lula. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE REFORM DEL ESTADO Y DE LA ADMINSTRACION PÚBLICA, 7., 2003, Panamá. **Anais...** Panamá: UNPAN, 2003. p. 21-31.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 2007. 200 p.

GOHN, M. G. **Conselhos gestores e gestão pública.** São Leopoldo: UNISINOS, 2006. 27 p.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **Physis: Revista e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15-39, 2004.

HEIDRICH, V. A. **O Conselho Municipal de Saúde e o processo de decisão sobre a política de saúde municipal.** 2002. 134 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

HOSPIC. **O hospital**. Disponível em: <<http://www.hospic.com.br/>>. Acesso em: 9 maio 2015.

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO DE CURVELO. **Documentário hospital Santo Antônio: campanha solidária**. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=WN13Q2jdvBs>>. Acesso em: 9 maio 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico de 2010**: IBGE cidades. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=312090>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Enciclopédia dos municípios brasileiros**. Rio de Janeiro, 1957. 584 p.

KLEBA, M. E. et al. **O papel dos conselhos gestores de políticas públicas**: um debate a partir das práticas em conselhos municipais de Chapecó, SC. Chapecó: Universidade Comunitária Regional de Chapecó, 2010. 10 p.

LABRA, M. E. Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. S47-S55, 2002. Suplemento.

LESBAUPIN, I. **Comunidades de base e mudança social**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000. 62 p. (Praia Vermelha - Estudos de Políticas e Teoria Social, 3).

LIPORONI, A. A. R. C. **O Conselho Municipal de Saúde de Franca**: estudo sobre a participação e o controle social. 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2, 2004, Bauru. **Anais...** Bauru: USC, 2004. CD-ROOM. ISBN-85-98623-01-6. 10p.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis: Revista e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MILANI, R. S. C. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 551-579, maio/jun. 2008.

MOREIRA, R. M.; ESCOREL, S. Conselho Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 795-806, 2009.

OLIVEIRA, V. de C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-69, 2004.

PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005.

PEGO, R. A.; ALMEIDA, C. Teoria y practica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 89-97, 2001.

PRADO, M. E. A importância das fontes documentais para a pesquisa em história da educação. **InterMeio: Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação**, Campo Grande, v. 16, n.31, p-124-133, jan/jun. 2010.

PRESOTO, L. H.; WESTPHAL, M. F. A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga, SP. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 68-77, jan./abr. 2005.

ROSA, G. **Aos meus amigos e curvelanos, peço um longo perdão**. Disponível em: <[http://circuitoguimaraesrosa.com.br/Guimaraes\\_Rosa/Carta\\_de\\_GR\\_aos\\_curvelanos.pdf](http://circuitoguimaraesrosa.com.br/Guimaraes_Rosa/Carta_de_GR_aos_curvelanos.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2015.

SALGUEIRO, G. A. **A participação popular na administração popular no município de Alfenas, MG no período de 2006 a 2013**. Lavras: UFLA, 2013. 40 p.

SANTOS, G. J. **O nome e o lugar: a toponímia na região central de Minas Gerais**. 2012. 243 p. Tese (Doutorado em Estudos Linguísticos) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

SANTOS, S. F.; VARGAS, A. M. D.; LUCAS, S. D. Conselheiros usuários do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 483-495, 2011.

SERRA, E.; GURGEL, J. B. **Evolução da Previdência Social**. Brasília: FUNPREV, 2008. 304 p.

SILVA, L. M.; RIBEIRO, A. C. T. **Paradigma e movimento social: por onde andam nossas idéias?** Águas de São Pedro: Associação Nacional dos Pós-Graduandos em Ciências Sociais, 1984. 16 f.

SOUZA, C. A. **Democracia, participação e representação: os espaços deliberativos no Brasil: a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Araraquara (2001/2007)**. 2008. 206 p. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita", Araraquara, 2008.

STOTZ, E. Entre a academia e a rua: Victor Vicent Valla(1937-2009). **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 461-466, 2009.

STRALEN, V. J. C. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 621-632, jul. 2006.

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

TENÓRIO, F. G. (Re)visitando o conceito de gestão social. **Desenvolvimento em Questão**, Ijuí, v. 3, n. 5, p. 101-124, 2005.

TORRES, M. D. de F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2004. 224 p.

TOTORA, S.; CHAIA, V. Conselhos municipais: descentralização, participação e limites institucionais. **Cadernos Metrópole**, São Paulo, n. 8, p. 59-86, 2002.

VAZQUEZ, M. L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 579-591, 2003.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, 2002.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Brasília: CAPES, 2009. 102 p.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A - roteiro de entrevista

#### 1 – CONTROLE

- 1.1 Data da entrevista:
- 1.2 Entrevistado:
- 1.3 Função:
- 1.4 Idade:

#### 2 –PONTOS

- 2.1 Tempo que reside em Curvelo/MG.
- 2.2 Tempo que participa do Conselho Municipal de Saúde.
- 2.3 Representa usuários, trabalhadores de saúde, governo ou prestador de serviço.
- 2.4 Aspectos que conhece sobre a história da saúde em Curvelo.
  - 2.4.1 Criação do Conselho Municipal de Saúde
- 2.5 O ambiente do Conselho Municipal.
- 2.6 Forma de escolha dos conselheiros.
- 2.7 Perfil dos Conselheiros.
- 2.8 Conselheiros e Movimentos sociais, seus envolvimento.
- 2.9 Número de Reuniões
  - 2.9.1 Presença dos Conselheiros.
  - 2.9.2 Presença da sociedade em geral.
- 2.10 Interesses da Sociedade.
- 2.11 Política Públicas de Saúde
  - 2.11.1 Formulação, apresentação e negociação.

2.12 Discussões em busca das ações mais necessárias e oportunas.

2.13 Benefícios para a população.

2.14 Conselho e melhoria da saúde.