

Diogo Willavian Maciel Dantas

**AS AÇÕES DOS
CONSELHEIROS DE SAÚDE
EM MUNICÍPIOS PARAENSES
NA PERSPECTIVA DO CAPITAL SOCIAL**

Atena
Editora

Ano 2021



Diogo Willavian Maciel Dantas

**AS AÇÕES DOS
CONSELHEIROS DE SAÚDE
EM MUNICÍPIOS PARAENSES
NA PERSPECTIVA DO CAPITAL SOCIAL**

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes editoriais

Natalia Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

Revisão

O autor

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo do texto e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do autor, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos ao autor, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

As ações dos conselheiros de saúde em municípios paraenses na perspectiva do capital social

Diagramação: Natália Sandrini de Azevedo
Correção: Flávia Roberta Barão
Indexação: Gabriel Motomu Teshima
Revisão: O autor
Autor: Diogo Willavian Maciel Dantas

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D192	Dantas, Diogo Willavian Maciel As ações dos conselheiros de saúde em municípios paraenses na perspectiva do capital social / Diogo Willavian Maciel Dantas. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5983-431-0 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.310212508 1. Administração dos serviços de saúde. 2. Conselho Municipal de Saúde. 3. Controle social. 4. Capital social. 5. Efetividade. I. Dantas, Diogo Willavian Maciel. II. Título. CDD 362.11068
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me concedido a graça e força de realizar meus sonhos.

Agradeço a minha família, em especial a minha Mãe por sempre estar comigo, me incentivando a buscar o melhor caminho e auxiliar ao próximo.

Agradeço a minha esposa Werllem Dantas, pelo companheirismo, incentivo e principalmente dedicação para que sempre lutemos e caminhemos na mesma direção.

Agradeço ao professor Milton Farias, pela dedicação e afinho para orientar seus discentes.

A todos que contribuíram no fornecimento de dados para a fundamentação dessa pesquisa e que me ajudaram direta e indiretamente, meu muito obrigado!

SUMÁRIO

RESUMO	1
ABSTRACT	2
INTRODUÇÃO.....	3
CAPÍTULO 1.....	4
GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA	
CONTEXTO HISTÓRICO DA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	4
REDEMOCRATIZAÇÃO, REFORMA DO ESTADO E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	6
A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE.....	8
CAPÍTULO 2.....	11
CONTEXTO HISTÓRICO DA CONSTITUIÇÃO DOS CONSELHOS GESTORES DA SAÚDE NO BRASIL	
O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	11
OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E SUAS RELAÇÕES COM A GESTÃO DA SAÚDE	12
ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DOS CONSELHOS MUNICIPAIS	13
CAPÍTULO 3.....	16
O CAPITAL SOCIAL COMO PROPOSTA DE ABORDAGEM ANALÍTICA	
HISTORICIDADE E DESENVOLVIMENTO DO CAPITAL SOCIAL	16
AS APLICAÇÕES DO CONCEITO DE CAPITAL SOCIAL	18
CAPÍTULO 4.....	22
MÉTODO E PROCEDIMENTO DE PESQUISA	
MÉTODO	22
INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.	23
Questionário	23
Roteiro de Entrevista	26
DADOS SECUNDÁRIOS	26

CAPÍTULO 5.....	32
ANALISE DOS RESULTADOS	
Análise das atas dos Conselhos por Município e Perfil dos Conselheiros.....	32
Bloco I- Grupos e Redes.....	34
Bloco II- Ação Coletiva e Cooperação.	37
Bloco III- Autoridade ou capacitação (<i>Empowerment</i>) e Ação Política.....	39
CAPÍTULO 6.....	44
ORGANIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS PARAENSES PESQUISADOS	
CONCLUSÃO.....	49
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES.....	57
SOBRE O AUTOR.....	64

RESUMO

A participação social na construção das políticas públicas, foi efetivamente alavancada no Brasil com a Constituição Federal de 1988. A partir desse contexto, surgem os conselhos municipais de saúde como a consolidação prática da participação da sociedade na construção e fiscalização das políticas em saúde, nesse contexto o capital social atribuído a gestão dos conselhos municipais de saúde, tem papel fundamental em tornar mais eficaz a atuação dos conselhos no município. Essa pesquisa tem como objetivo analisar a influência do capital social dos conselheiros de saúde no cotidiano de trabalho de fiscalização e controle da saúde em três municípios paraenses, além de verificar se a composição do conselho influencia na fiscalização e controle da saúde. Os métodos utilizados nessa pesquisa foram de caráter descritivo e qualitativo. Os procedimentos técnicos para a realização da pesquisa foi o *survey*, que foi utilizado de maneira transversal, uma vez que, todos os questionários foram aplicados no mesmo período (entre Dezembro de 2016 e Janeiro de 2017). O instrumento de pesquisa utilizado foi o questionário com perguntas fechadas, utilizando a escala *Likert*. Os resultados encontrados foram: ausência da participação dos jovens no conselho, baixo nível de escolaridade dos representantes dos usuários, quase todos os conselheiros são filiados a outros grupos sociais, como partidos políticos, sindicatos, o que faz com que os mesmos vivam em conflito permanente com os seus interesses (individuais e coletivos) em fazer parte do CMS.

PALAVRAS-CHAVE: Conselho Municipal de Saúde. Controle Social. Capital Social. Efetividade.

ABSTRACT

Social participation in the construction of public policies was effectively leveraged in Brazil with a constitution of 1988, from the context, municipal health councils emerged as a practical consolidation of society's participation in the construction and supervision of health policies. Capital Social responsibility attributed to the management of municipal health councils, has a key role to make more effective the updating of councils not municipio. Essa research as objective-analysis the influence of social capital of non-daily health counselors inspection and health control in Three municipalities in Pará, besides verifying if the composition of the council influenced in the control and health control. The methods used for the research were descriptive and qualitative, the technical procedures for conducting research in the research, which was used transversally, since all questionnaires were applied in the same period (between December 2016 and January 2017). The research instrument used is the questionnaire with closed questions, use the Likert scale. The results are the responsibility of young people, but all counselors are affiliated with other social groups, such as political parties, unions, which causes them to live in constant conflicts over their interests (individuals and collectives) in being part of the CMS.

KEYWORDS: Municipal Health Council. Social Control. Share capital. Effectiveness.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho visa identificar a atuação dos conselhos municipais e suas influências na gestão da saúde em três municípios do Estado do Pará. A estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) passou a incorporar como processo de suporte a sua gestão a participação social, a qual busca inclusão direta dos usuários nos processos de discussão, deliberação e controle das políticas de saúde (JÚNIOR; MARTINS, 2014).

Os Conselhos Municipais de Saúde - CMS estão presentes quase na totalidade dos municípios, sendo um dos mais institucionalizados, o que o torna um objeto de pesquisa importante para comparações e análises do seu papel na gestão e controle das políticas públicas de saúde.

Desta forma o presente estudo busca responder a seguinte questão: **De que forma o capital social estabelecido nos Conselhos Gestores de Saúde influencia suas ações de fiscalização e controle da saúde em três municípios paraenses?** Para responder a esta pergunta foi necessário analisar o cotidiano de trabalho de fiscalização e controle da saúde nos três municípios paraenses e também verificar se a composição do conselho influencia na fiscalização e controle da saúde.

Esta pesquisa tem como base analítica a abordagem do capital social. O ponto central das análises foi verificar se a participação social pauta-se na percepção de que a gestão mais próxima do problema é a mais indicada para solucioná-lo; de que o melhor fiscal é aquele que está junto da aplicação dos recursos e que sofre as consequências de sua má administração.

Com objetivo geral o trabalho se propôs: Verificar a influência do capital social dos conselheiros de saúde no cotidiano de trabalho de fiscalização e controle da saúde em três municípios paraenses. De forma secundária ou específica outro objetivo foi: Verificar se a composição do conselho influencia na fiscalização e controle da saúde.

Os estudos sobre os conselhos oportunizam múltiplas oportunidades de estudo, sobre a sua natureza, autonomia, seu colegiado, seu papel como órgão consultivo, paritário, mobilizador, deliberativo e fiscalizador da política o qual representa (OLIVEIRA, 2015). Os conselhos municipais também possuem caráter interinstitucional e são instrumentos mediadores na relação sociedade/Estado (GONH, 2001).

CAPÍTULO 1

GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA

Neste capítulo serão apresentados os conceitos da gestão da saúde pública no Brasil, seu histórico, evolução além das principais práticas nos dias atuais e também da saúde coletiva através dos conselhos de saúde e da participação social nesses conselhos.

Também busca demonstrar o momento que a saúde pública está atualmente. A interpretação desses conceitos é fundamental para que se possa ter uma visão ampla de como o entendimento, funcionamento e práticas aplicadas nos conselhos de saúde no Brasil podem influenciar para a realização de suas atividades, de maneira mais eficiente, dos conselhos e gestão das políticas de saúde no Brasil.

CONTEXTO HISTÓRICO DA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Os principais movimentos para a gestão, ampliação em nível de toda a sociedade brasileira para a gestão da saúde pública aconteceram a partir da década de 1980, através, da Constituição Federal de 1988, com a criação do SUS e do Conselho Nacional de Saúde (LOPES, 2016). A partir da década de 1990, foi realizada a descentralização do conselho de saúde a nível nacional, que até então tinha apenas a participação do poder executivo, sem a extensiva participação da sociedade.

A descentralização, das políticas públicas de Saúde no âmbito da reforma sanitária que ocorreu no Brasil na década 1990, marcada pela divisão dos Conselhos nas três esferas de governos, instituídos pela lei que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), nascendo um pensamento de descentralização, participação e construção, realizada pelos próprios cidadãos, que a partir desse momento poderiam participar para contribuir com a melhoria do atendimento, infraestrutura, e outros diversos benefícios da gestão de saúde de seus municípios (SILVA, 2011).

O Brasil, até a década de 1980, podia ser considerado um país com uma baixa propensão participativa, devido às características culturais e administrativas fortemente ligadas à verticalização das decisões (ERNANDES, 2017). Uma das grandes conquistas introduzidas pela Constituição Federal de 1988 e incorporada pelo Sistema Único de Saúde foi à institucionalização da participação popular nas políticas de saúde no Brasil, por meio dos conselhos de saúde (SALIBA, 2009). O que fez com que as decisões tomadas tivessem um caráter participativo.

A “febre conselhistas” apontada por Gomes (2003), dissertada por Buvnich (2014) e Cunha (2009) é exposta pela pesquisa Munic do IBGE¹, que é feita desde 1999. Também considerando que a pesquisa não contempla todos os conselhos em todas as suas edições, foram escolhidas as publicações (2009, 2011, 2012, 2013) para demonstrar as áreas que os mesmos estão mais institucionalizados (Figura 1).

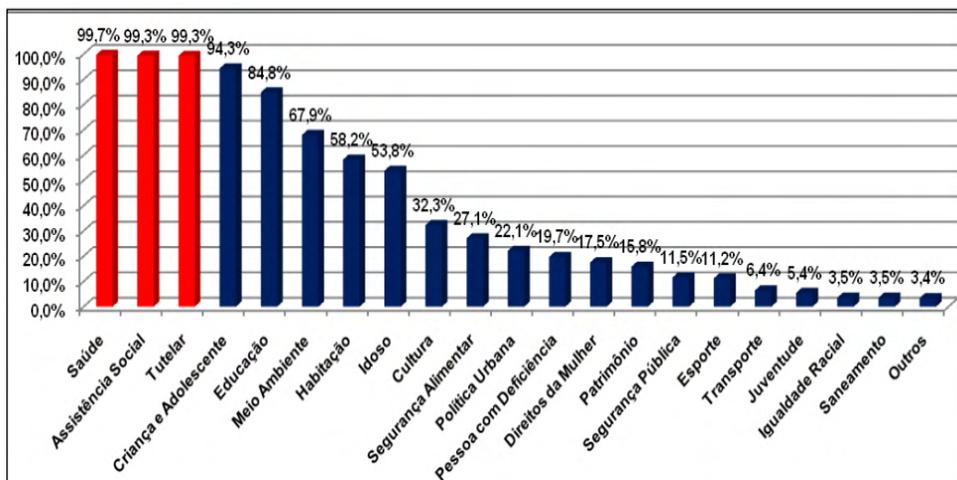


Figura 1 – Presença de conselhos gestores nos municípios brasileiros, 2009, 2011, 2012, 2013.

Fonte: IBGE (2009, 2011, 2012, 2013).

A expansão dos conselhos foi impulsionada também, além das premissas constitucionais e normativas legais que condicionaram a sua existência ao repasse de recursos federais, ao processo de participação social desencadeado pela redemocratização do país. O surgimento acelerado desses espaços apresentou limitações: quanto à representatividade dos conselheiros, sua capacidade de deliberar, de impor suas decisões e controlar as ações do governo (CARVALHO, 1998; TEIXEIRA, 2000) (Referencia).

Diversos fatores contribuem, para esse desempenho, que vai desde, a forma como os conselheiros são escolhidos e da relação entre o poder executivo e essa instância deliberativa.

O Conselho de Municipal de Saúde (CMS), órgão colegiado composto por representantes do governo, profissionais prestadores de serviço da saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância municipal, agindo nos aspectos econômicos e financeiros, tendo as suas decisões homologadas pelo chefe do Poder Executivo (SALIBA, 2009).

1. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). **IBGE Cidades**. Recuperado em 12 de maio, 2017, de <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317130>.

Como condição legal para o repasse de recursos de todas as esferas do governo, obrigou a criação dos CMS, o que fez com que os mesmos se façam presentes na maioria dos municípios brasileiros, apenas para cumprir um dispositivo legal (ERNANDES, 2017). Essa dinâmica distorce a finalidade do conselho, minimizando a atuação do CMS no auxílio da gestão e fiscalização de políticas públicas dos municípios brasileiros.

Ao CMS também é atribuído o poder de decidir conjuntamente com o governo, tendo autonomia necessária para exercer o controle sobre a gestão do SUS, atuando de maneira propositiva nas instâncias federativas, nos seguintes temas: Planos de saúde, capacitação dos conselheiros, prestação de contas, organização da atenção básica, humanização, controle de endemias, saúde do trabalhador.

Pode-se constatar que os conselhos, surgem com a expectativa de contribuir com os gestores nas políticas da gestão da saúde, controlar tais políticas e definindo objetivos, até a sua implementação e por fim na avaliação dos resultados. Tais expectativas são ampliadas com a relação Governo e sociedade, como expectativa de uma gestão democrática, ou seja, da “saúde coletiva”. Costa (2015), a criação dos Conselhos visa fortalecer a capacidade da sociedade de controlar os recursos públicos de forma democrática, bem como interferir e decidir na distribuição e efetividade desses serviços.

REDEMOCRATIZAÇÃO, REFORMA DO ESTADO E SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A partir da década de 1980, Administração Pública Societal se destacou em todo o país, com o intuito, de promover a eficiência dos serviços públicos e a criação de canais institucionalizados de participação da sociedade, como os conselhos gestores de políticas públicas, objeto desse estudo. Na mesma linha, Maia (2009, p.79) cita que “a temática da participação popular, alcançou seu ápice na formulação da Constituição de 1988”, período onde vários setores da sociedade indicaram mudanças na relação entre Estado e Sociedade.

A ascendente participação na administração pública, necessita de avanços mais concretos para superação de alguns vestígios dos modelos antigos de gestão que ainda pairam em nosso país (PEREIRA *et al.*, 2016), caracterizando uma relação de hibridismo de modelos que coexistem na Administração Pública Brasileira (BRESSER-PEREIRA, 2010; PAES DE PAULA, 2005). Contexto que coloca diversos desafios principalmente à gestão pública a nível municipal que recebeu diversas atribuições com a descentralização administrativa.

Algumas variáveis mesmo após a redemocratização brasileira ainda permeiam a gestão pública trazendo diversas implicações, para Torres (2007), três são mais frequentes: dificuldades da ação coletiva; desorganização da sociedade civil; e as dificuldades da gestão pública no âmbito municipal, resultantes do processo de transferência de diversas

responsabilidades a nível municipal. Grandes partes dos municípios brasileiros carecem de infra estrutura financeira e administrativa consolidada.

O desenvolvimento dos CMS se deu forma heterogênea, conforme relata (CORTES; GUGLIANO, 2010), algumas fatores tem relação direta com o desempenho desses fóruns como: à cultura política e às tradições políticas de cada região ou cidade; às posições dos dirigentes municipais; e a existência ou não em cada área de política pública de uma *policy community* interessada no fortalecimento de alianças ou coalizões que possam influenciar os processos de decisão política governamental. Mesmo assim, o desenho institucional desses fóruns apresenta uma base comum.

A variabilidade de desempenhos dos conselhos gestores presentes na estrutura administrativa de diversas áreas de políticas públicas, se expressam nas variações de conteúdo das agendas e nos diferentes tipos de decisão que os conselhos podem tomar em cada área de política pública (CORTES; GUGLIANO, 2010). As agendas dos conselhos, as questões sobre as quais eles têm poder para decidir, e o seu papel institucional são moldados por regras pré-estabelecidas e pelas necessidades criadas pelas peculiaridades institucionais de cada pasta.

Outra dificuldade presente no contexto dos CMS é a influência da gestão municipal na dinâmica dos conselhos, sobretudo, quando há mudança de mandato no Executivo, dependência dos conselhos frente à infra estrutura municipal (PEREIRA *et al.*, 2016). A falta de tradição participativa da sociedade civil em canais de gestão dos negócios públicos [...] e ao desconhecimento – pela maioria da população – de suas possibilidades Gohn (2002, p. 23). Essas condições demandam do Estado e da Sociedade reflexões sobre essa relação.

Os conselhos gestores também encaram uma “limitada representatividade”, ao menos quantitativa, já que representantes não são eleitos pelo sufrágio universal, fato atenuado se considerarmos o caráter voluntário da participação (GOMES, 2015). Isso pode explicar o baixo contato dos conselheiros com a sua base de apoio. A legitimidade da forma de escolha das entidades da sociedade civil é da escolha dos representantes dessas, cujas regras são definidas internamente em seus regimentos, de onde vem grande parte da composição dos CMS, também vem sendo objeto discussão na literatura dos conselhos.

Dificuldades como informação assimétrica, capacidade cognitiva e de responsabilização dos conselheiros fazem parte do cotidiano do CMS Gomes (2003 p. 48-49). Já que não ocorre uma especialização em “ser conselheiro” como uma profissão, equivalente a de um parlamentar, dessa forma, o universo de candidatos é reduzido.

Por fim, os CMS foram criados por iniciativa do Legislativo Municipal, não da sociedade civil, para garantir o repasse de verbas federais (CORTES, 1998). Destaca-se assim a dependência que estes têm dos secretários municipais e dos profissionais de

saúde, o que estaria relacionada com o caráter mais reivindicativo que deliberativo que eles assumiriam. Desse modo, os Conselhos se tornaram o espaço de encaminhamento de demandas do movimento popular, encurralado a apresentar ali suas reivindicações.

A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE

Os conselhos e as conferências de saúde se tornaram um espaço de fomento dos interesses dos movimentos sociais e de participação da sociedade na tomada de decisão política. (CORTES; GUGLIANO, 2010) A partir da década de noventa os conselhos e as conferências de saúde, se tornaram *locus* de articulação políticas canal formal e aberto de recebimento de demandas e proposições dos representantes da sociedade.

De algum modo, os conselhos de fato efetuam determinadas tarefas em suas áreas de políticas, consubstanciando certo protagonismo de atores da sociedade civil; entretanto, continuam desempenhando um papel periférico no momento da definição de políticas (TATAGIBA, 2012). Trata-se de funções ambíguas desempenhadas pelos conselhos: de um lado, os conselhos se tornaram uma instância de governança participativa com destaques sem precedentes nas políticas setoriais, de outro trazem consigo uma burocratização dos próprios conselhos, comprometendo suas energias em funções secundárias (ALMEIDA, 2012).

No tocante a participação social no SUS, conforme Silva (2011), dentre todos os cidadãos com direitos políticos, apenas uma pequena parte se interessa pelos assuntos públicos e participa das decisões mais importantes, grande parte não consegue distinguir a relação entre o bem coletivo e o bem individual, e assim, apenas uma minoria está engajada e participa dos espaços de representação da sociedade.

No caso dos CMS, também é possível identificar a característica apontada por Olson (1999), quando representantes são inseridos em grupo a partir de interesses comuns, o que não anulam os interesses individuais de cada membro. Os CMS, em muitos casos, não conseguem promover os interesses comuns de seus membros, ou seja, os bens coletivos não são alcançados, o que reflete diretamente na função fiscalizadora destes conselheiros de saúde (SILVA, 2011).

Embora todos os Conselheiros participem do CMS movidos por um interesse comum, nem todos estão dispostos a pagar os custos para o alcance desse bem coletivo, pois também são motivados por interesses individuais e precisam de incentivos, o que pode significar mais custos para alguns membros do que para outros (SILVA, 2011).

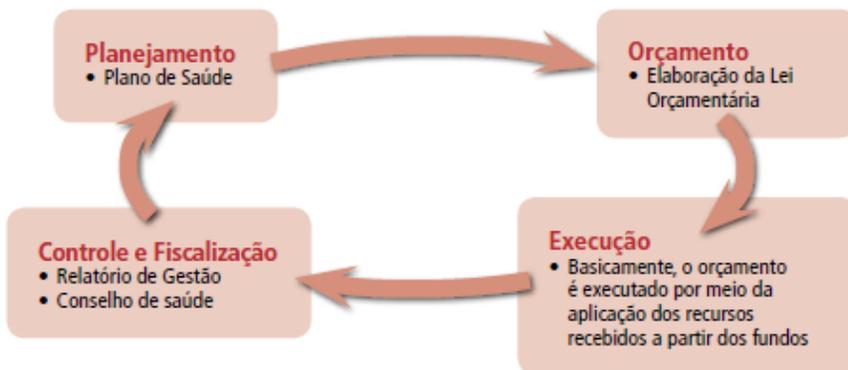


Figura 2 : Fases e elementos que compõe planejamento, execução e controle dos recursos aplicados em saúde.

Fonte: TCU, 2011

O controle e fiscalização acontecem, de maneira paralela ao planejamento, Orçamento e execução, sua elaboração é por meio do relatório de gestão e da atuação do conselho de saúde, o processo de controle é fundamental para que os atores, tanto internos do conselho quanto da própria população que dele participa, possam verificar o que realmente está acontecendo durante as atividades do Conselho Municipal de Saúde (TCU, 2015)

Os conselheiros têm elevada importância no controle na fiscalização das ações em saúde, uma vez que a fiscalização das políticas públicas é uma importante ferramenta para controlar se a Câmara Municipal está elaborando o Plano Plurianual da saúde de maneira correta (TCU, 2015)

Sendo assim, um dos papéis que o conselheiro deve exercer é o de visitar as unidades de saúde do município, conversar com os pacientes, trabalhadores e a administração da unidade, para verificar se os programas de saúde estão sendo aplicados de maneira eficiente e se, a população está sendo atendida de maneira satisfatória (TCU, 2015)

O controle social exercido pela população em relação aos conselhos também é de grande relevância, a população pode acompanhar as atividades que o conselho exerce, através principalmente da divulgação das atividades do conselho, e verificação se seus objetivos estão sendo executados de maneira correta, como uma ferramenta para o maior controle, é fazer com que a própria comunidade também perceba a função e importância do Conselho Municipal de Saúde, a entrega de panfletos, cartilhas a sociedade realizada pelo próprio conselho, também são ações que podem fazer com que a comunidade possa conhecer e posteriormente fiscalizar e participar com mais efetividade das atividades do conselho municipal de saúde (TCU, 2015).

A participação social traz mais legitimidade, justiça e imparcialidade na implantação das políticas públicas, o povo, como principal agente de transformação da sociedade deve ser o maior agente de transformação e consolidação das políticas públicas. O grau de governança dentro em uma rede de políticas públicas depende diretamente da existência ampla da participação legítima da sociedade (TCU, 2014). A obtenção de resultados eficientes nas políticas públicas exige que, cada vez mais tenham-se um trabalho em unidade. A coordenação e a coerência são fatores fundamentais para que a organização tenha unidade e eficiência para que seus resultados possam ser alcançados.

O monitoramento e avaliação devem acontecer no processo de governança, pois envolvem ações da sociedade em função do que acontece, antes, durante e depois das aplicações das políticas públicas, o monitoramento é um processo que envolve a coleta de informações e insumos para a importância da implementação da política pública, a avaliação a é um processo constante, onde se analisa a eficiência e eficácia das políticas públicas implantadas (TCU, 2014).

As instâncias internas de governança, são responsáveis por definir ou avaliar a estratégia e as políticas, assim também como monitorar e verificar a conformidade e o desempenho das políticas públicas, e agir, caso ocorra algum desvio na mesma (TCU, 2014). As instancias internas de apoio à governança realizam a comunicação entre as partes interessadas internas e externas á administração, além de auditorias internas que avaliam e monitoram os riscos do controle interno, comunicando, caso aconteça, qualquer disfunção identificada para a alta administração (TCU, 2014).

A governança e a gestão estão diretamente interligadas com ao processo de *Accountability*, pois envolvem os principais processos da administração que são, planejar, dirigir e controlar além de estar ligada diretamente ao processo de elaboração de estratégias.

CONTEXTO HISTÓRICO DA CONSTITUIÇÃO DOS CONSELHOS GESTORES DA SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo será apresentado o contexto da constituição dos conselhos de saúde no Brasil, o papel dos conselhos de saúde, sua relação com as políticas públicas, organização e estrutura. Este tem a função de melhor expor a efetividade da participação dos conselhos na consolidação das políticas públicas de saúde e o seu papel como agente de participação da sociedade na construção dessas políticas.

O PAPEL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Com a promulgação da constituição de 1988, a sociedade civil passou a ter um maior espaço na participação política junto ao Estado, dentre essas novas configurações, os conselhos gestores de políticas públicas se institucionalizaram como mecanismos para inserção da sociedade nas decisões do Estado e para o Controle Social nas diversas esferas de ação do Poder Central (COSTA, 2015).

Do ponto de vista da participação, a Constituição de 1988 proporcionou uma inovação nas formas clássicas de representação direta, ou seja, além dos partidos criou mecanismos complementares de participação, assegurando a implantação dos conselhos nas Constituições Estaduais e Leis Orgânicas Municipais. Neste sentido, a participação ampliada da sociedade civil nas políticas públicas se deu por meio de Conselhos, adquirindo assim, grande importância no cenário político institucional (OLIVEIRA, 2015).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) tem por finalidade formular, propor, discutir, acompanhar, avaliar e fiscalizar a implementação e a execução da política de saúde nos municípios. Segundo Arretche (2004), na medida em que se descentralizou o uso da autoridade financiadora e normalizadora pelo papel dos conselhos municipais, condicionando a efetividade de transferência de recursos aos governos locais, criaram-se meios para adesão dos municípios à agenda do governo federal, o que se revelou uma estratégia de forte poder de indução sobre as escolhas dos primeiros. Deste modo, reduzida a incerteza sobre a regularidade na obtenção de recursos, aumentou a disposição para assumir a responsabilidade pela provisão de serviços de saúde (KLEBA, 2011).

A disseminação dos Conselhos Municipais na sociedade brasileira constitui-se como instrumento estratégico de democratização, eficiência e efetividade às políticas públicas. Com o caráter deliberativo, o poder dos conselhos vai além das discussões consultivas e

de opinião em relação à gestão de saúde, existindo, assim, a possibilidade de intervenção no setor. Os conselhos devem efetivamente atuar na formulação de estratégias e no controle das políticas públicas de saúde (SACARDO e CASTRO, 2002). De acordo com Fleury et. al. (2010), este novo modelo de gestão de saúde é constituído por um conjunto de atores sociais, instituições e instâncias que compõem os processos deliberativos, de responsabilização e prestação de contas, além da capacidade de formular e executar políticas municipais de saúde.

Sendo assim, os Conselhos de saúde têm um papel fundamental na política de saúde, enquanto atores sociais dos diversos segmentos sejam eles representantes do governo, usuários ou profissionais da saúde, no qual são escolhidos para representar as necessidades e interesses de um coletivo da sociedade (OLIVEIRA, 2015).

De acordo com informação disponibilizada no Portal da Transparência do governo brasileiro (BRASIL, 2016) “os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais”. Presentes nas três instâncias do governo (federal, estadual e municipal), eles tiveram a sua origem no processo constituinte e na legislação ordinária que se seguiu especialmente nas áreas de saúde, assistência social e meio ambiente.

Praticamente todos os municípios brasileiros, independentemente do número de habitantes ou do nível de renda, possuem hoje pelo menos um tipo de conselho. E dentre eles, os conselhos de saúde apresentam maior grau de disseminação. Os conselhos municipais de saúde nascem da sociedade, justificada pela necessidade de maior controle dos cidadãos em relação à gestão de saúde realizada pela prefeitura do seu município (KLEBA, 2011).

OS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE E SUAS RELAÇÕES COM A GESTÃO DA SAÚDE

No início dos anos de 1980, discutia-se de maneira enfática a ideia de descentralização e universalização da saúde, sendo esta discussão incorporada na agenda governamental. Essa descentralização, aconteceu com a criação dos Conselhos Municipais de Saúde, que teriam também como finalidade, auxiliar na formulação de políticas públicas, (ERNANDES, 2017).

A partir da Constituição Federal (CF) de 1988, o SUS foi definido como sistema descentralizado e hierarquizado, desta forma, determinando um novo pacto federativo, em que os municípios eram os responsáveis pelo atendimento à saúde da população. Desta forma, a descentralização seria não apenas tributária administrativa ou política, mas, sobretudo um novo olhar à situação de pobreza do Brasil, em que o município seria o

caminho para diminuir as desigualdades (LOPES, 2014).

A gestão pública assume no Brasil a partir de 1988 novos desafios no sentido de promover a democratização do Estado, oportunizando a sociedade maior participação nos processos de decisão e implementação das políticas sociais. A partir da década de 1990 são instituídos conselhos gestores como um novo formato de inserção da sociedade junto à gestão pública nos três níveis de governo, os quais assumem, na maioria dos casos, caráter deliberativo e fiscalizador. Tanto nos processos decisórios sobre a política, quanto no acompanhamento de sua execução, os conselhos devem atuar como órgão independente, mas ao mesmo tempo integrado às estruturas setoriais da administração pública (COSTA, 2015).

De certa forma, os conselhos gestores podem funcionar como catalisadores de potenciais criativos, à medida que reúnem pessoas com experiências de liderança e de participação ativa em processos de tomada de decisão. Podem constituir-se, assim, em espaços empoderadores, pois oportunizam que pessoas e, por meio destas, coletivos vivenciem a experiência de fazer parte de processos que determinam aspectos relevantes da vida em comunidade, que influenciam a agenda política e, muitas vezes, estabelecem a destinação de recursos públicos a partir da definição de prioridades.

Uma organização empoderadora gera oportunidades a seus membros, ampliando o acesso a informações e recursos, oportunizando experiências de tomada de decisão e de enfrentamento de conflitos, fortalecendo sua capacidade de intervenção (LOPES, 2014).

Os conselhos podem contribuir para a democratização da gestão pública, a ampliação quantitativa e qualitativa da participação, a condução coletiva de políticas sociais, a responsabilização de governantes (*accountability*), o controle social pró-ativo e para o intercâmbio de informações entre população e poder local.

Contudo, podem ser transformados em órgãos cartoriais (que apenas referendam as decisões do executivo), em mecanismos de legitimação do discurso governamental ou em estruturas formais (sem reuniões frequentes, programas de trabalho, representatividade social, vigor argumentativo, rotinas de capacitação e acesso aos poderes instituídos).

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DOS CONSELHOS MUNICIPAIS

A Lei 8.142/1990, art. 1º, § 2º, estabelece que: O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. A organização dos Conselhos Municipais de Saúde é formada, considerando sempre a paridade de 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores da área da saúde e 25% dos prestadores de serviços ao SUS ou gestores (Instituições conveniadas e representantes do governo)

(BRASIL,1990).

A lei 8.142/1990 também confere aos Conselhos de Saúde as atribuições de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde, atribuições estas que são também do próprio Poder Executivo e do Poder Legislativo do estado, sendo que aos conselhos é dado à prerrogativa de participação direta da sociedade na implementação de políticas de saúde. Os conselhos de Saúde têm como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde (BRASIL, 1990).

Os conselhos têm como responsabilidade, juntamente com os gestores da saúde, contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a saúde, baseada nos direitos de cidadania de toda a população. Os conselheiros têm que estar a favor da vida e da saúde, defendendo o acesso aos serviços de saúde de qualidade. A existência do conselho de saúde é muito mais que o simples cumprimento de uma exigência da lei, uma vez que ele é a garantia de melhoria contínua do sistema de saúde (BRASIL, 2015).

A estrutura do Conselho Municipal de Saúde é composta pelo plenário, presidente, mesa diretora, secretária executiva, comissões e grupos de trabalho. A função do plenário é elaborar o fórum de deliberação do conselho, suas reuniões devem acontecer no mínimo uma vez por mês, funciona de acordo com seu regimento interno e suas reuniões são abertas ao público. A função da presidência é conduzir a reunião plenária e representar o conselho municipal de saúde.

A mesa diretora é composta por conselheiros titulares eleitos pelo plenário, sua função é conduzir os processos administrativos a serem deliberados pelo plenário e promover articulações políticas internas e externas, garantindo a intersetorialidade do controle social. A secretária executiva tem como papel fornecer suporte técnico – administrativo ao conselho de saúde e está subordinada ao plenário. Os grupos de trabalho são constituídos pelo plenário para assessorar os conselhos e comissões, executam os trabalhos com objetivos e prazos definidos. As comissões prestam assessoria ao plenário, são intersetoriais e podem possuir caráter temporário ou permanente (BRASIL, 2002).

O Plenário do Conselho de Saúde deve se reunir, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.

Busana e Heidemann (2015) afirmam que as plenárias nos conselhos de saúde são importantes por serem espaços de troca de conhecimento sobre as dificuldades propiciando o aprendizado e a apropriação do conhecimento. Além disso, esses espaços favorecem a cidadania e une forças para fomentar de forma consciente ou inconsciente o empoderamento dos participantes para a melhoria das políticas públicas de saúde.

Apesar do Conselho de Saúde integrar a estrutura legal do Poder Executivo (Gestão do SUS), suas atribuições encontram-se limitadas ao espaço privilegiado e bem identificado de atuação na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde. Por isso, os Conselhos de Saúde devem reconhecer as competências típicas da Gestão, que são: Planejamento, Orçamentação, Programação, Normatização, Direção/Gerência, Operacionalização/Execução e Controle/Avaliação. O conjunto dessas funções configura o percurso que os recursos públicos devem fazer, desde a sua alocação inicial, até o final do sistema, quando devem ser transformados em ações concretas, benefícios e resultados para a população (BRASIL, 2002).

Os Conselhos de Saúde são caracterizados pela suas funções deliberativas, garantidas pelas legislações do segmento (REZENDE; MOREIRA, 2016). Esses arranjos institucionais tornaram-se uma opção à efetivação da democracia participativa e ao surgimento de redes na formulação de estratégias do SUS (SILVA; SILVA; SOUZA, 2013).

Os conselhos tanto de forma autônoma e ou em conjunto com o órgão gestor, podem interferir na proposição de diretrizes deliberando sobre as políticas públicas da sua pasta (DITTERICH; DITTERICH; BALDANI, 2015). Assim, vislumbra-se uma expectativa mais ampla, acerca dos conselhos, além da atuação no controle social, mas como instância de expressão de pleitos e perspectivas da comunidade (SILVA, *et al* 2012).

A atuação efetiva do conselheiro passa por uma qualificação permanente, a fim de que possa haver uma interlocução adequada entre a sociedade e representante gerando uma intervenção assertiva nas políticas públicas (PITERMAN, HELLER; REZENDE, 2013). Fomentar e detectar oportunidades de melhoria aos conselheiros está relacionado ao aperfeiçoamento da sua atuação como representante nas instâncias deliberativas (NUNES, JR; FERNANDES, 2012).

O CAPITAL SOCIAL COMO PROPOSTA DE ABORDAGEM ANALÍTICA

O capítulo sobre o capital social irá abordar a historicidade, as aplicações do conceito de capital social e a presença do capital social nos conselhos gestores. Será discutido ainda o capital social enfatizando a atuação dos conselheiros, assim como os tipos de capital social que possibilitam a compreensão a cerca das relações entre os conselheiros e a sociedade.

HISTORICIDADE E DESENVOLVIMENTO DO CAPITAL SOCIAL

Numa linha histórico-cultural, Pierre Bourdieu, 1986; Robert Putnam, 1995 e James Coleman, 1990; explicam que o capital social surge das relações sociais e da estruturação de associações horizontais. Proporciona uma alternativa para que as comunidades aumentem o seu papel de protagonista e auxiliem no desenvolvimento de ações conjuntas. Um grande estoque de capital social eleva o potencial de estabelecimento de ações cooperativas ou ações conjuntas. Essas relações de cooperação são fortalecidas a partir do momento em que os interesses coletivos triunfam sobre os interesses individuais e econômicos.

O capital social se desenvolve tanto individualmente e nos arranjos sociais, como no caso dos conselhos gestores, objeto desta pesquisa. As experiências dos estudos entre o Norte e o Sul da Itália, feitos por Putnam (1996), enaltecem as dicotomias de tratamento em relação aos dilemas da ação coletiva. Na região do norte da Itália foram encontrados vínculos cívicos horizontais em associações religiosas, sociedades de recíproca assistência, cooperativas, sindicatos e agremiações. Ou seja, nos grupos ocorre um estoque maior de capital social que por consequência estimulam maior potencialidade de regras de reciprocidade e os sistemas de participação cívica, o que provocou desempenho econômico e institucional maior que a região Sul deste mesmo país.

A abordagem do Capital Social correlaciona o aumento de estoque de capital social a presença de fatores como: um histórico de associação (tempos juntos), confiança, normas e reciprocidades para que ocorra desenvolvimento da comunidade, a ação coletiva em busca de interesses coletivos, o surgimento de associações cívicas e o empoderamento social, conforme estudos de Pierre Bourdieu, 1986, Robert Putnam, 1995 e James Coleman, 1990. Deste modo a dinâmica dos conselhos gestores é capaz de ser estudado pela teoria da capital social e dessa forma explicar o fenômeno deste estudo que consiste em discutir

o capital social presente nos conselhos municipais de saúde paraenses.

Várias áreas do conhecimento já utilizaram o conceito de Capital Social para basilar seus estudos demonstrando a diversas abordagens e multifuncionalidade desse conceito, na sociologia (BOURDIEU, 1986; PORTES, 1998), na economia (FUKUYAMA, 1995; PUTNAM, 1995; COLEMAN, 2000) e na administração (NARAYAN; CASSIDY, 2001) tendo diferentes definições e perspectivas de análises.

Franco (2001) relata que o fenômeno do “Capital Social” foi observado de forma pioneira por Alexis de Tocqueville, contudo não utilizou a expressão capital social. Na literatura acadêmica a expressão capital social foi utilizada primeiramente por Hanifan (1916). O conceito estava associado à aproximação dos membros de um grupo a partir de objetivos comuns a todos que eventualmente possibilitassem o fomento de debates sobre dilemas da comunidade implicando em ações eficazes (FRANCO, 2001).

Jacobs (1961) em sua obra relata a solução de dificuldades de um bairro, associando a redes de relações estabelecidas e acumuladas no transcorrer do tempo e do estabelecimento de grupos em um bairro seria o capital social necessário para a autogestão de um bom bairro (MELO, 2015). Contudo, o conceito ganhou robustez e se desenvolveu principalmente pelos sociólogos Pierre Bourdieu (1980; 1985) e James Coleman (1988; 1990) que iniciou o conceito no debate da atualidade sobre a ótica do desenvolvimento puxado na sociologia e também em certa parte pela economia.

Uma discussão corrente presente nos estudos da ciência humana (principalmente entre as ciências sociais e econômicas) está pautada no conceito do que é capital. Para Lin (1999) capital consiste num investimento com perspectivas vindouras de retorno. Com base nessa concepção ampla, temos vários desdobramentos em vários ramos: o capital físico (meios de produção); o capital natural (bens derivados da Natureza); e, após a década de 1950, o capital humano (concernente à qualificação dos indivíduos e seus efeitos sobre a produtividade), também no mesmo raciocínio temos o capital social, relacionado aos relacionamentos interpessoais e as ações coletivas que cooperam para o desenvolvimento da coletividade.

No decorrer da trajetória humana, a concepção de capital social enfrentou varias contribuições, expandindo e tornou-se uma abordagem eficaz para entender as políticas públicas, e o relacionamento Estado e sociedade (BAIÃO, 2015).

Em síntese, o desenvolvimento do capital social vem sendo abordado em duas correntes teóricas: numa o capital social é definido como algo que pode ser internalizado pelos indivíduos já na outra o capital social é observado como um conceito presente nas comunidades ou na sociedade. A primeira corrente destaca as redes de relacionamento como elementos do capital social, enquanto a segunda tende a preconizar a confiança e valores cívicos presentes em grupos sociais.

AS APLICAÇÕES DO CONCEITO DE CAPITAL SOCIAL

Explorando os autores dessa primeira corrente do desenvolvimento do capital social, os mesmos explicam o conceito como um atributo do indivíduo, que por meio de uma rede pessoal, atinge de maneira mais efetiva seus objetivos, ou seja, são as conexões que um indivíduo possui que proporciona superioridade na solução de suas adversidades individuais Baião (2015).

Dessa forma, existiria uma conexão de disponibilidade e de desfrute dos recursos que permeiam as redes sociais (LIN, 1999; 2001a), oferecendo ao sujeito, mediante seu poder social, usufruir dos contatos disponíveis tanto como impulsionar os recursos provenientes de sua rede (GRANOVETTER, 1973) almejando seus próprios interesses (BOURDIEU, 1980; 1986).

Coleman (1988) pertencente da segunda corrente de autores que desenvolveram o capital social, como um aspecto presente na constituição social de grupos nos quais seus membros pertencem, dessa forma o capital social seria um recurso coletivo (COLEMAN, 1993). Para Putman (2000), capital social não é uma particularidade do sujeito como defendido por Bourdieu (1986) e Newton (2001). O conceito pode ser usado como ferramenta de estímulo, progresso, fortalecimento e avanço na qualidade de vida dos povos pelo coeficiente de cooperação dos grupos (PUTNAM, 1995; LIN, 1999).

Foi estudado o fenômeno do Capital Social no contexto dos conselhos municipais de saúde, e assim observados possíveis reflexos na atuação dos conselheiros, a abordagem que serviu de base para a nossa pesquisa e abordagem de Putnam (1995).

A perspectiva da confiança foi explorada por Putnam (1993) que definiu capital social como peculiaridade da organização social, dando como exemplo a confiança, normas e redes, que podem catalisar a eficiência da sociedade, promovendo ações coordenadas. Nesse estudo observou – se que o estoque de capital social foi preponderante no desenvolvimento da região norte da Itália. Todavia, a sua ausência decidiu o atraso econômico observado na região sul (PUTNAM et al., 2002). Para Coleman (1990), o capital social proporciona uma melhor concepção das relações de confiança desenvolvidas nos grupos e beneficiam a ação coletiva organizada.

Fukuyama (1996, p. 41) aborda o capital social como “uma potencialidade ativada a partir da ocorrência da confiança em uma comunidade ou em extratos dessa comunidade”, estando presente nos diversos nichos sociais desde a família até o nível de nação.

Melo (2015), afirma que o conceito seria estruturado na predominância de valores sociais e sua obtenção exigiria a incorporação de hábito e normas morais na sociedade e a prática de características como lealdade, honestidade e confiabilidade, estas seriam as competências capazes de criar novas as associações e colaborar com os termos que estabelecem o tipo de capital social mais benéfico.

O capital social na sua característica regente normativa da sociedade é e visto como insumo individual (BOURDIEU, 1986) ou coletivo (PUTNAM, 1993) que tem como alicerce as normas de conduzem seus integrantes. Putnam (2000) ao distinguir o capital social como originário de uma organização social, no qual as regras são indicadores de eficiência para a sociedade visando a melhora continua de suas atividades. Partindo desse pressuposto teríamos como importantes recursos causadores de capital social (COLEMAN, 1988), compromentimentos e expectativas, meios de informação, normas e sanções que podem ser processados a partir do envolvimento do individuo em arranjos sociais (SERAFIM, 2010).

Lin (1999, p. 39) define o capital social como “o investimento dos indivíduos em relações sociais cujos mesmos teriam como ganho acesso aos recursos imersos para aumentar os retornos esperados de ações instrumentais ou expressivas” associando o conceito a recursos e redes. Granovetter (1973) afirma que as redes de convivência desencadeiam a internalização de vantagens aos indivíduos, tanto pelo capital social das agregações entre os indivíduos ou através dos laços fortes (familiares e amigos próximos) ou laços fracos (fora do ambiente familiar, mas apropriados para estimular desenvolver as conexões e permitir maior aquisição de recursos).

Para Putnam (2000, p.302), o capital social pode ser entendido “como um recurso em potencial, fundamentando este conceito para um melhor entendimento quanto ao processo de desenvolvimento econômico”, tendo como ênfase características da organização social como confiança, cooperação, participação, em que o tripé funciona como parâmetro de análise dos estudos apresentados entre todos os autores que discutem sobre os aspectos de formação do Capital Social.

Putnam (2000, p. 178) afirma que “quanto maior a relação de confiança dentro das redes, maior será essa dimensão para formação do Capital Social”, que, nesse sentido, estaria relacionado à ajuda mútua entre os indivíduos dentro das redes sociais que podem ser mobilizadas para beneficiar o indivíduo ou sua classe social em busca do bem comum.

A abordagem de (PUTNAM, 1995, p. 57), refere-se ao capital social do tipo sócio-cognitivo, em que a confiança, a reciprocidade, a solidariedade, as atitudes, valores e crenças o sustentam. Putnam (2002) amplia a noção de capital social para além da perspectiva individualista da sua configuração, considerando-o como capacidades construídas nas relações interindividuais que culminam em recursos coletivos. Putnam (2002) discute que o capital social deve ser mensurado a partir de cinco indicadores: 1) o envolvimento das pessoas na vida política, cívica e social local; 2) o compromisso nos negócios públicos; 3) o voluntariado; 4) a sociabilidade informal; e 5) a confiança social.

Contudo, para Woolcock (1999), existe uma vertente do capital social em ambientes políticos e sociais que moldam a estrutura social e permitem o desenvolvimento de suas normas. Essa vertente trata do capital social do tipo conexão. O capital social é aqui entendido como a capacidade de os sujeitos individuais e sociais criarem laços com outrem,

seja ele pessoa física, jurídica, seja autoridade política, dentre outros.

Assim, o capital social seria a capacidade de esse sujeito mobilizar, em relação com seus pares, recursos e estratégias em prol de um interesse pessoal, social, político determinado; criando, então, laços (“laços do tipo cola” ou “laços do tipo ponte”). Os “laços do tipo cola” estimulam iniciativas inovadoras, mas são insuficientes para mantê-las, pois são circunscritos a sujeitos determinados. Os “laços do tipo ponte” ampliam o círculo de relações em que se movem os sujeitos para além daqueles que participaram imediatamente da iniciativa inovadora.

Já para, Abramovay (2001, p. 6-7) existem dois tipos de vínculos (coesão interna e capacidade de relacionar-se com sujeitos mediatos/índiretos) devem se apoiar num terceiro elemento decisivo que é o comportamento da própria efetividade estatal. Para ele, “a integridade organizacional do Estado é uma das mais importantes bases para que as iniciativas dos indivíduos sejam canalizadas em direção a projetos coletivos”.

Os conselhos possuem regimentos (leis municipais) que operacionalizam seu funcionamento e o comportamento dos conselheiros, o trabalho dos conselheiros não se dá de forma remunerada, o que nos leva a vincular a participação deste indivíduo a presença de valores cívicos, a maioria das atividades ocorrem nos horários de expediente das organizações, o que aumenta ainda mais o custo de participação, as decisões ocorrem no plenário com direito a voz e voto, deliberando coletivamente e por fim são criadas comissões temáticas para que em conjunto os conselheiros realizem estudos e pareceres que podem entrar nas agendas das secretarias municipais e provocar ações estatais mais efetivas.

O capital social, diferente de outras formas de capital, existe em uma “relação social” e não no indivíduo sozinho (BAQUERO, 2015). Neste sentido, é construído especialmente em coletividades institucionalizadas como: universidades, governos, associações informais de pessoas, nas quais são formados e transferidos conhecimentos e visões de mundo.

Baquero (2015) alega que o exercício da democracia exige sentimentos como confiança e pertencimento entre as pessoas e a articulação de redes sociais horizontais, contudo essas condições são necessárias, mas não são suficientes, pois, esses recursos serão relevantes para a democracia à medida que as pessoas se preocupem com assuntos que vão além de suas vidas privadas. “Aqui o papel do Estado, nos seus vários níveis, e a comunidade acadêmica tornam-se insubstituíveis, pois são esses agentes que podem articular a construção de capital social em um sentido mais amplo e mais abrangente” (BACHERO, 2003, p. 102).

Bachero (2003) aponta como desafio inerente à gestão pública a motivação dos cidadãos para que participem politicamente em um contexto de fragmentação e crescente desigualdade social. Para este autor, a defesa de espaços e formas de democratização na

sociedade, implica em trazer as pessoas para a esfera pública. Este movimento requer, em especial, capacidade do Estado e de suas instituições de acolher e valorizar a participação social.

MÉTODO

A pesquisa *survey* pode ser referida como sendo a obtenção de dados sobre opinião de determinados grupo de pessoas, através de um questionário. Ainda sobre esse método de coleta de dados, os respondentes do questionário não são identificados ocorrendo, portanto o sigilo absoluto da pesquisa (FARIAS FILHO, 2013).

Há predominantemente dois tipos de *survey* o primeiro denominado transversal é quando os dados são coletados num determinado momento e o segundo chamado de longitudinal é caracterizado pela coleta de dados ocorrerem em tempos diferentes (FARIAS FILHO, 2013). Assim, esta pesquisa seguiu as orientações para um *survey* transversal, pois todos os questionários foram preenchidos no mesmo período (Dezembro – Janeiro/2017). Esse período foi escolhido pelo fato de que no ano de 2016 terem ocorrido eleições municipais o que inviabilizou a pesquisa ser realizada outrora.

Os dados foram coletados com os atuais Conselheiros Municipais de Saúde (Titulares e Suplentes) e Ex-Conselheiros Municipais de Saúde (Titulares e Suplentes) sendo a população delimitada a todos os segmentos que compõem o CS (usuários, profissionais de saúde governo e prestadores de serviço), considerando os respectivos municípios de Bragança-PA, Breves-PA e Cametá-PA como campo de estudo amostral. O critério utilizado para seleção dos municípios foi acessibilidade, já que outros municípios foram contatados, mas não responderam. Assim, a pesquisa está restrita a três municípios do estado do Pará, integrantes de três regiões administrativas diferentes (Tabela 1).

Município	Região Administrativa	Nº de Conselheiros (Regimento Interno)	Entrevistados
Bragança-PA	Rio Caeté	16	8
Breves-PA	Marajó	16	10
Cametá-PA	Tocantins	16	9
Total		48	27

Tabela 1 – Abrangência da pesquisa e nº de entrevistados

Fonte: Dados da pesquisa. www.seplan.gov.br (Regiões de Integração do estado do Pará, 2016).

Assim, a base de dados utilizada é dos CS das gestões anteriores (Gestão 2014-2015 e da gestão atual (2016-2017). Portanto, com um universo de cinquenta dois conselheiros, a amostra selecionada foi de 51,92%, o que corresponde a vinte conselheiros entrevistados.

Representantes	Entidades da sociedade civil	Organizações Estatais	Empresas/grupos privados	Total
Usuários do serviço de saúde	21	-	-	21
Governos	-	6	-	6

Tabela 2: Distribuição da representação dos membros do CMS.

Fonte: dados da pesquisa.

A pesquisa foi desenvolvida junto aos conselheiros dos CMS divididos por tipo de ingresso no conselho (Tabela 2) ao todo foram contactados (27) conselheiros desses (21) são usuários do serviço de saúde, que são indicados pelas Entidades da sociedade civil e (6) foram àqueles designados pelos Governos.

A técnica para seleção dos entrevistados no *survey* por julgamento ou intencional, assim buscamos selecionar as pessoas que julgamos conhecer mais sobre objeto de estudo os (CMS), por meio da “bola de neve” que funciona da seguinte forma: a primeira pessoa que responde o questionário indica mais pessoas que atendam a necessidades e requisitos dos objetivos da pesquisa (FARIAS FILHO; ARRUDA FILHO, 2013).

INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.

Questionário

O instrumento de pesquisa utilizado um questionário (Apêndice A) com perguntas fechadas, utilizando a escala *Likert*, para capturar como maior qualidade as informações necessárias para explicar o fenômeno estudado, o mesmo foi composto por questões que identificam as variáveis pré - estabelecidas em 3 (três) eixos desse estudo (Grupos e Redes, Ação Coletiva e Cooperação Autoridade ou capacitação *Empowerment* Ação Política) que estão divididas respectivamente em 3 (três) blocos, visando analisar a composição; representatividade, comparecimento e grau de articulação dos conselheiros; funcionamento do conselho; conteúdo das reuniões e capacidade do colegiado para formular propostas aos problemas de saúde do município.

Este instrumento obedeceu aos objetivos da pesquisa e explorou as categorias teóricas do Capital Social, contidas na literatura. Serviram também como base para

elaboração o questionário do Banco Mundial utilizado para mensurar o Capital Social e as pesquisas sobre os conselhos nacionais realizadas pelo IPEA (2013).

Tabosa (2010) em sua pesquisa utilizou o questionário do Banco Mundial (GROOTAERT *et al*, 2003) para medir o capital social existente em duas comunidades, aplicando-o para as famílias selecionadas, onde fez inferências sobre qualidade de vida nessas comunidades, e assim construiu um índice proposto em seu estudo.

Os respectivos eixos: grupos e redes, ação coletiva e cooperação autoridade capacitação e ação política; do questionário Integrado para Medir Capital Social do Banco Mundial serviu de base para medir a percepção dos conselheiros no tocante ao Capital Social.

O eixo grupos e redes considera a natureza e a extensão da participação de vários tipos de organizações sociais e redes informais nas comunidades. Já o eixo ação coletiva investiga se e como os membros de um grupo têm trabalhado com outras pessoas em sua comunidade em projetos comuns e se existem consequências pela participação nessas atividades. Por fim, o eixo ação política mede se o grupo detém certo controle sobre instituições e processos que afetam diretamente o seu bem-estar. O questionário estruturado foi elaborado com 53 questões (apêndice A).

A coleta de dados se deu com o envio do questionário a ser preenchido na casa do conselheiro, a partir do recebimento do arquivo por em sua residência ou no local onde o mesmo foi encontrado após contato prévio e agendamento por telefone ou email. A adoção de estratégia híbrida para o preenchimento do questionário – presencial durante a plenária e por entregue ao mesmo em outro local escolhido pelo entrevistado – revelou-se satisfatória, pois contribuiu para elevar o retorno de questionários.

Após a coleta dos questionários, estes foram tabulados e incluídos em banco de dados com o auxílio do software MS Office Excel, o qual servirá posteriormente para efetuar as análises comparativas entre conselhos. A tabulação dos dados constitui a principal fonte que sustenta as informações e as conclusões apresentadas neste estudo. Além disso, foi realizada caracterização do conselho utilizando-se trabalhos que abordaram a temática do CMS e a legislação dos conselhos.

O questionário de entrevista foi aplicado a vinte sete conselheiros. As entrevistas, juntamente com a observação, foram realizadas em duas etapas: a primeira etapa (abordagem inicial) em novembro de 2016 e a segunda etapa com a entrevista face a face (pesquisa de campo definitiva), no período de dezembro de 2016 a janeiro do ano de 2017.

Os contatos foram realizados previamente, via e-mail, telefônico ou pessoalmente sempre buscando contatos na internet através das redes sociais dos conselhos ou pessoas conhecidas que nos faziam chegar aos contatos dos conselheiros.

A coleta de dados ocorreu das seguintes formas:

a) durante reuniões e assembléias realizadas pelos conselheiros de Saúde nos municípios pesquisados, as quais geralmente ocorrem pelo menos uma vez no mês de forma ordinária, podendo ocorrer mais de forma extra-ordinária;

b) também os questionários foram entregues na casa dos conselheiros e para que estes preenchessem e no dia posterior fossem recolhidos.

c) A pesquisa de campo em alguns casos ocorreu na sede do conselho durante as reuniões, outras nas secretarias municipais de saúde dos municípios, outras nas unidades de saúde onde estão vinculados, e alguns casos as pesquisas ocorreram no local onde os conselheiros se encontravam no momento do contato.

O primeiro município pesquisado foi o Bragança-PA, a pesquisa ocorreu nos dias 28/12/ 2016 e 29/12/2016 o contato inicial foi feito com o servidor municipal chamado Julio que outrora foi meu aluno na UFPA de Bragança, em seguida fomos a casa da Senhora Nazaré vice presidente do CMS onde aplicamos o questionário a ela, e através da mesma, com ela tivemos acesso as seguintes informações: a composição do CMS era formada de 16 conselheiros titulares e 16 suplentes, o nome dos conselheiros e ex conselheiros da ultimas duas gestões e os seus respectivos endereços.

No dia 29/12/2016 na sede do conselho, foram aplicados mais 4 (quatro) questionários, a secretaria do CMS disponibilizou alguns documentos, foram feitas algumas fotografias, nesse município foram no total 8 questionários preenchidos, a secretaria forneceu o regimento do conselho e um dos ex conselheiros forneceu as ultimas 3 atas e as 3 ultimas pautas das reuniões até a presente data.

O segundo município pesquisado foi o Breves-PA, a pesquisa ocorreu via contato telefônico, após isso foi feito a formalização enviada por email ao Conselho, que nos autorizou a participar da reunião mensal do conselho do mês de janeiro desse ano.

A coleta de dados ocorreu antes e durante a reunião mensal do conselho que começou por volta das 15(quinze) horas, antes de começar a reunião fui apresentado a todos os conselheiros, também tive acesso a todos os ambientes e a alguns documentos órgão, após o começo da reunião recebi os questionários de volta, respondi indagações de alguns conselheiros e por fim foram coletados 10 (dez) questionários.

Por fim, o ultimo município pesquisado foi Cametá-PA, na segunda semana de janeiro de 2017 nos dias 11 e 12 respectivamente, o contato inicial com o presidente do CMS do município, a pesquisa se deu primeiramente na casa do presidente, que informou os demais membros do CMS pelo grupo da rede social *whatsapp* da pesquisa e nos forneceu seus nomes e contatos.

No segundo dia visitei a sede da Secretaria Municipal de saúde e através de um enfermeiro tive acesso a alguns conselheiros, também no mesmo dia apliquei questionários

em algumas unidades básicas de saúde, na sede do conselho tutelar, na sede partidos políticos e de uma universidade particular presente no município. Alguns questionários tinham sido entregues no dia anterior na residência dos conselheiros que solicitaram por contato telefônico e outros pessoalmente que fosse buscar o questionário no dia posterior, devido à agenda e compromissos dos mesmos.

Roteiro de Entrevista

Esta parte do trabalho tem como objetivo mostrar como foram feitas as entrevistas livres, que são as conversas que tivemos com os entrevistadores, mostrando as dificuldades de campo. Também faremos um exame nas atas e regimentos dos conselhos para ver se eles têm informações que conflitam ou se alinham com os dados dos questionários.

A forma de entrevista realizada foi a não estruturada, ocorrendo antes, durante e depois das reuniões do CMS, com os conselheiros. Outra pequena parte das entrevistas ocorreram em locais marcados pelos conselheiros, como suas residências, sede de partidos políticos, sede de entidades sindicais e nos seus ambientes de trabalho como exemplo unidades de saúde.

Durante essas entrevistas foram disponibilizadas as atas e convocações das reuniões, onde foi possível analisar o seu respectivo conteúdo. As secretarias dos conselhos disponibilizaram seus respectivos regimentos internos. Algumas limitações dessa etapa da pesquisa foram que alguns desses documentos que foram disponibilizados estavam incompletos e apagados, também alguns documentos não se encontravam digitalizados o que dificultou sua obtenção por serem arquivos que só continham uma via e também a falta de padronização dos documentos pois cada um segue uma metodologia diferente em suas redações.

DADOS SECUNDÁRIOS

Os conselhos são ambientes públicos ligados ao Poder Executivo tendo por finalidade permitir a participação da sociedade na demarcação de prioridades para a agenda política, na proposição, na supervisão e no controle das políticas públicas (BRASIL, 2013).

Neste estudo foi investigado o fenômeno do capital social presente nos conselhos de saúde nos seguintes municípios do Estado do Pará: Bragança - PA, Breves - PA e Cametá - PA. Na Tabela a seguir pode-se verificar as peculiaridades dos seguintes municípios que foram estudados.

Municípios	Habitante.	Densidade Demográfica	Ano de Criação	Orçamento da Saúde
Bragança	113.227	54,1 hab/km ²	1753	R\$ 36.271.037,18
Breves	92.860	9,92 hab/km ²	1851	R\$ 37.531.604,21
Cametá	120.896	39,29hab/km ²	1635	R\$ 35.686.231,91

Tabela 3 - Dados gerais dos municípios.

Fonte: MS/DAB out 2016/IBGE Cidades 2016.

O estudo abrange os Municípios listados na tabela 3. Estes municípios foram selecionados a partir do critério de número de habitantes, pois os mesmos possuem uma população entre 90 e 125 mil habitantes, e também por serem cidades com características estruturais bem parecidas, como ano de fundação já que fazem parte do rol das cidades mais antigas do estado, com aspectos culturais fortes e laços históricos de ações conjuntas com participação da sociedade como, por exemplo, podemos citar a revolução da Cabanagem (Cametá – PA) e festividade da marujada (Bragança – PA) e festividade de Santana (Breves – PA). Também foi considerado o fato da proximidade com a capital paraense, em virtude da acessibilidade. Pois a pesquisa foi custeada com recursos próprios.

Primeiro utilizou-se como fonte de dados secundários o levantamento de informações sobre os municípios pesquisados e seus Conselhos de Saúde (CS), com levantamento bibliográfico dos trabalhos acadêmicos publicados sobre o tema estudado, nos periódicos científicos via internet. Posteriormente, foram utilizados documentos como fonte de informação da Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA), do Conselho Estadual de Saúde (CES), Ministério da Saúde, Instituto Oswaldo Cruz, Secretaria Municipal de Saúde, para que possamos ter acesso às informações sobre os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) pesquisados.

Levantamento documental, cujas fontes foram às atas de reunião dos conselhos, regimentos internos, legislação de criação dos conselhos, documentos com as deliberações das reuniões e relatórios de gestão das secretarias de saúde municipais. Os documentos selecionados para o estudo foram: Atas das reuniões do Conselho e Regimento Interno do Conselho; e Planos Municipais de Saúde.

E por fim foi feita observações sistemáticas nas reuniões ordinárias dos conselhos variando de acordo com a duração de cada reunião e nas instalações das secretarias de saúde.

Item	Informações dos Conselhos Municipais de Saúde		
	Cametá-PA	Bragança-PA	Breves-PA
1- Definição ou objetivo do Conselho Municipal de Saúde (CMS)	Tem a finalidade de coordenar e fiscalizar as ações de saúde segundo as diretrizes do (SUS) é instância permanente e deliberativo, atuando na formulação estratégica e no controle de execução da Política Municipal de Saúde.	Órgão, normativo, consultivo, deliberativo, autônomo e fiscalizador do (SUS), tem por finalidade deliberar e fiscalizar a Política Municipal de Saúde, a implementação do Sistema Único de Saúde do Município.	Instância permanente, fiscalizador e deliberativo, atuando na formulação de estratégia e no controle da execução da Política Municipal de Saúde. Tem a finalidade de coordenar e fiscalizar as ações de saúde.
2-Legislação específica de criação do CMS	Lei Municipal nº 3 de 03/07/1992	Lei Municipal nº 2.900 de 23/09/1991	Lei Municipal nº 1637 de 29/03/94
3-Composição	O (CMS) é composto por representantes do Governo, de Profissionais de Saúde, Prestadores de Serviços de Saúde e Usuários. Os representantes de Órgãos Govern. do Município no (C.M.S), serão de livre escolha do Prefeito, de acordo com Art. 3º e, inciso X da Lei complementar nº03 de 03/07/1992. Os representantes de outros Órgãos Govern. prestadores de serviços, trabalhadores de saúde e Usuários, são referenciados bianualmente pela Conferência Municipal de Saúde, obedecendo a critérios do Art 3º da Lei Complementar nº 03 de 03/07/1992. Cada representante referenciado pela Conferência Municipal de Saúde (CMS) terá um membro suplente.	Será composto paritariamente de representantes do poder público, de entidades da sociedade civil representativas de usuários do SUS, de prestadores de serviços e de profissionais de saúde, nos termos da Lei. Será constituído por 16 (dezesesseis) membros, ficando assegurado a paridade entre os membros, na proporção de 50% (cinquenta por cento) para a representação dos usuários dos serviços de saúde, 25% (vinte e cinco por cento) para trabalhadores de saúde e 25% (vinte e cinco por cento) para prestadores de serviço público e privado.	A composição do (CMS) é paritária sendo as vagas distribuídas da seguinte forma: representantes de Entidades dos usuários (50%), dos trabalhadores de saúde (25%), e das Instituições Públicas e Privadas conveniadas com o SUS (25%). Os membros da Mesa Diretora que são: Presidente, Vice Presidente, 1º- e 2º- Secretários (as), serão eleitos e compostos pelos membros titulares das Entidades e Instituições na primeira reunião do (CMS), logo após o Ato de Posse.As Entidades para compor o Conselho Municipal de Saúde, serão eleitas bianualmente, conforme aprovado na Conferência Municipal de Saúde, obedecendo critérios da Lei Municipal nº 1637 de 29/03/94. Art. 3º, Resoluções e instrumentos legais do Controle Social: As Entidades e Instituições eleitas na Conferência Municipal de Saúde, serão nomeadas por Decreto Municipal até 15 (quinze) dias após a data da Conferência Municipal de Saúde.
4-Organização	São Órgãos do (CMS): Plenário, Mesa Diretora, Secretaria Executiva e as Comissões.	São órgãos do COMUSA: Plenária, Mesa Diretora, Secretaria Administrativa, Comissões.	São Órgãos (CMS): o Plenário, a Mesa Diretora e a Secretaria Executiva
5- Comissões existentes	As comissões Permanentes são: Comissão de Assuntos Técnicos e Comissão de Assuntos Administrativos	Os membros das comissões serão nomeados por resolução do COMUSA. As comissões permanentes são: Comissão de assuntos técnicos e Comissão de assuntos administrativos	O (CMS), além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará as Comissões permanentes ou temporárias e serão integradas por membros titulares e/ou suplentes. As Comissões Permanentes são: Comissão de Assuntos da Gestão do SUS e Comissão de Assuntos Administrativos do SUS.

6-Estrutura	Não informado no Regimento Interno.	A Secretaria Municipal de Saúde implementará o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Bragança, fornecendo-lhe os recursos humanos e materiais necessários ao pleno exercício de suas atividades.	O Poder Público Municipal, colocará à disposição do (CMS) estrutura financeira, material e de recursos humanos para o funcionamento do mesmo, assim como para custear despesas dos Conselheiros para Eventos, desde que aprovado pelo Plenário do Conselho.
7- Funcionamento	Não informado no Regimento Interno	Não informado no Regimento Interno	O Plenário é o órgão máximo de deliberação do (CMS), nele tendo assento, com direito à voz e voto, os Membros Titulares do (CMS), e na ausência destes, os respectivos suplentes.
8- Função de conselheiro.	A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro.	Não informado no Regimento Interno	O Exercício da função do Conselheiro não será remunerada considerando-se como serviço público relevante.
10- Critérios de Participação.	O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.	Os membros efetivos e suplentes do COMUSA são nomeados pelo Prefeito Municipal para o mandato de 02 (dois) anos, escolhidos em fórum próprio de cada segmento na Conferência Municipal de Saúde, realizada a cada dois anos. Havendo substituição dos membros e seus respectivos suplentes, o membro substituto completará o mandato do membro substituído. As justificativas de ausência dos membros efetivos (suplentes) deverão ser encaminhadas oficialmente no prazo de no máximo de 48 horas à secretária Executiva.	Os membros efetivos e suplentes do (CMS), são nomeados pelo Prefeito Municipal, para o mandato de 02 (dois) anos, mediante o Decreto Municipal.

11-Competências

	<p>Planejar, definir, coordenar e fiscalizar a Política do (SUS) no município; Promover a Integração programática do (SUS) entre as instituições direta ou indiretamente envolvidas; Garantir a aplicação e compatibilização de todos os recursos humanos, materiais e aprimoramento do (SUS); Promover e assegurar mecanismo de Coordenação e Gestão do (SUS), a nível Municipal; Estabelecer Estratégias para a universalização progressiva de acordo com o (SUS), a população urbana e rural do Município; Estabelecer prioridade na resolução dos problemas de Saúde e Saneamento levantados, e contempla-los no Plano Municipal de Saúde (P.M.S) de acordo com sua viabilidade; Elaborar mecanismos de gerência, acompanhamento e avaliação do (SUS) no Município de Cametá; Promover a participação da Comunidade no SUS através das ações desenvolvidas no Município; Estabelecer o mecanismo do (SUS) obedecendo aos critérios de participação interinstitucional e de entidades populares representativas no (CMS); Examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes às Ações e Serviços de Saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberação de Órgãos vinculados; Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e Fundo Municipal de Saúde; Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde; Estabelecer critérios e direitos quanto à localização e ao tipo de Unidades prestadores de serviços de saúde públicos e privados no âmbito do SUS; Estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para desenvolvimento do SUS; Propor ao prefeito a convocação e estruturar Comissão Organizadora das Conferências Municipais de Saúde, bem como aprovar seus regimentos internos; Alterar seu regimento interno.</p>	<p>Programar, formular, acompanhar e fiscalizar a Política de Saúde a nível municipal, incluindo seus aspectos econômicos, financeiros e de gerência técnico – administrativas e operacional. Elaborar e aprovar o Plano Municipal de Saúde, que deve estar de acordo com as diretrizes da Conferência Municipal de Saúde, estabelecer mecanismos de controle e fiscalizar sua execução; Estabelecer critérios, diretrizes e prioridades para a programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, visando a consolidação do processo de municipalização, acompanhando a movimentação a destinação de recursos e priorizar a compatibilidade de alocação de todas as fontes com as diretrizes e prioridades definidas Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos e entidades públicas e privadas integrantes do SUS, no município; Definir critérios para a celebração de convênios entre setor público e as entidades privadas de saúde, no que tange a prestação de serviços; Estabelecer estratégias para a universalização progressiva, de acordo com o Sistema Único de Saúde (SUS), à população urbana e rural do município; Priorizar os problemas de saúde e saneamento contemplados no Plano Municipal de Saúde de acordo com a sua viabilidade; Examinar propostas sobre assuntos pertinentes as ações de serviços, bem como apreciar recursos a respeito de liberação de órgãos vinculados; Estimular, apoiar e promover estudos sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse ao desenvolvimento do SUS, no município; Propor ao prefeito a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Municipais de Saúde, bem como elaborar seus regimentos internos; Alterar seu regimento interno; Outras que lhe sejam conferidas por Lei.</p>	<p>Acompanhamento e avaliação do SUS, no Município de Breves; Promover a participação da Comunidade no SUS, através de informações pelo (CMS); Propor mecanismos do SUS, obedecendo aos critérios de participação interinstitucional e de entidades populares representativas no (CMS); Examinar propostas e denúncias, responder a consulta sobre assuntos pertinentes às Ações e Serviços de Saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberação de Órgãos vinculados; Fiscalizar o movimento de recursos financeiros repassados a Secretaria de Saúde e ao Fundo Municipal de Saúde na área da Saúde; Propor na área da Saúde critérios para programação e execução financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação dos recursos; Estabelecer critérios e direitos quanto à localização e ao tipo de Unidades prestadoras de serviços de saúde público e privado no âmbito do SUS; Estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de Saúde de interesse para desenvolvimento do SUS; Solicitar a Convocação através de Decreto Municipal para realização das Conferências Municipais; Reformular este Regimento Interno todas as vezes que forem necessárias; Aprovar projetos e Resoluções propostos por Órgãos competentes do (CMS), que tenham como finalidade alcançar os objetivos instituídos no Art. 15º deste regimento; Discutir, aprovando ou não o Plano de aplicação dos recursos do Fundo Municipal de Saúde, apresentado pelo Gestor Municipal, em consonância com o Plano Municipal de Saúde; Aprovar ou não o demonstrativo anual de receitas e despesas do Fundo Municipal de Saúde; Discutir, aprovando ou não o Plano Municipal de Saúde, proposto pela Secretaria de Saúde do Município. (Gestor); Aprovar ou não o orçamento financeiro anual para o funcionamento do (CMS).</p>
--	--	--	--

12-Decisões	<p>O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo - gestor ao Conselho justificada com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.</p>	<p>Não informado no Regimento Interno.</p>	<p>As Resoluções aprovadas pelo Plenário do Conselho serão homologadas pelo Secretário Municipal de Saúde, no prazo de 30 (trinta) dias de acordo com a Resolução nº 453/12, e assinado pelo Presidente do (CMS) ou pelo substituto eventual que presidir a reunião.</p>
-------------	---	--	--

Quadro 6- Categorização dos Conselhos Municipais de Saúde

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Este capítulo demonstra os resultados obtidos nos documentos analisados e na pesquisa de campo através dos questionários.

ANALISE DAS ATAS DOS CONSELHOS POR MUNICÍPIO E PERFIL DOS CONSELHEIROS.

Bragança – PA	Breves - PA	Cametá – PA
<ol style="list-style-type: none">1. Influencia da Secretaria Municipal de Saúde.2. Atas com falta de detalhamento.3. Participações em Eventos Locais.4. Relativo Controle Social (Licitações).5. Preocupação Com os Recursos.6. Morosidade e procrastinação dos conselheiros.	<ol style="list-style-type: none">1. Influencia da Igreja Católica.2. Hospital Regional X Hospital Municipal.3. Encaminhamento de Ofícios ao Poder Executivo.4. Imposições administrativas políticas.5. Eficácia das comissões e forte Controle Social.6. Contato Freqüente com a sociedade.	<ol style="list-style-type: none">1. Influencia da Secretaria Municipal de Saúde.2. Atas com falta de detalhamento.3. Falta de Transparência nos documentos.4. Relativo Controle Social.5. Dificuldade de Entendimento.6. Falta de segurança e de identificação na Sede do CMS.

Quadro 1: Informações presentes nas atas das reuniões dos conselhos, 2017.

Fonte: dados da pesquisa.

O Conselho de Breves – PA é marcado pela influencia da igreja católica em suas diretrizes. Conforme o Regimento Interno deste Conselho todas as reuniões começam com a leitura de um texto bíblico. Outro fato importante é que os grupos de gestores são bastante questionados pelo outros grupos, um fator que faz a efervescência dessa relação se tornar mais incidente e que hospital regional e administrado por uma OSCIP de fora do Estado apresentando uma estrutura mais efetiva que o hospital municipal.

Também percebemos algumas discussões internas que mostram uma disputa de poder dentro conselho tendo como protagonistas os gestores e usuários. Todas as deliberações são decididas na plenária e protocoladas por ofícios ao poder executivo para atendimento da demanda os gestores municipais e estaduais apresentam um bom articulação na gestão. O mesmo sofre com carência de recursos o que compromete a participação dos conselheiros em eventos nacionais.

Percebe-se que os conselheiros entendem seu de fazer o controle social ao expor e levantar discussões originadas pela população que utiliza o SUS, e muitas das situações encontradas são impostas pelo poder executivo denominadas pelos mesmos como “administrativas-políticas” o que limitam o poder de resolatividade do plenário, vale ressaltar o trabalho que as comissões internas do conselho realizam na elaboração de pareceres que são levados ao pleno para discussão e votação onde o encaminhamento é enviado a poder executivo para cumprimento.

O Conselho de Bragança - PA tem como destaque, a presidência do mesmo é exercida pelo Secretario de Saúde, que automaticamente ao ser designado Secretario da pasta assume concomitantemente presidência do conselho, questionei vários conselheiros sobre essa questão o qual fui informado que não existe impedimento legal.

Este conselho limita-se a atuar principalmente em matérias burocráticas exigidas pela legislação para repasse de recursos, as discussões na maioria das vezes são restritas a aprovação ou não de relatórios e prestações de contas, percebe-se também que existe morosidade e procrastinação por parte dos conselheiros, pois alguns assuntos não são apreciados por falta de assinaturas, ou por falta de quórum nas reuniões e por fim existe um possível distanciamento da sociedade e o conselho fato este identificado pela falta de informes e fala dos conselheiros sobre os problemas da saúde do município.

O conselho de Cametá - PA apresenta como característica importante que sua sede não possui fachada lhe identificando, e no momento da pesquisa a mesma não estava funcionando todos os dias devido à falta de segurança, fato este que corrobora para a frequente troca de secretaria do conselho, que alegam falta de segurança para exercerem suas atividades funcionais, outra coisa importante e a falta de qualidade das informações presentes nas atas.

Os conselheiros apresentam limitações para deliberar sobre questões contábeis e financeiras necessitando de apoio de técnicos da prefeitura para auxiliarem nas suas tomadas de decisões. O conselho traz para debate reclamações e denúncias dos problemas na saúde do município, contudo atua principalmente em questões burocráticas de aprovação de relatórios e prestação de contas. O perfil dos conselheiros demonstrado nas tabelas a seguir.

Conselheiro	Ensino fundamental	Ensino médio	Superior incompleto	Superior completo	Pós-graduação	Total
Usuário SUS	1	12	5	3	0	21
Governo	0	1	0	0	5	6

Tabela 4: Escolaridade dos membros do CMS nos municípios pesquisado, 2017.

Fonte: dados da pesquisa.

Os dados demonstram que a maioria dos conselheiros usuários do serviço de saúde possui o ensino médio completo, também vale ressaltar a diferença de escolaridades quando comparado com os representantes dos Governos que em quase sua totalidade possuem pós-graduação. Este fato pode ser decisivo na hora de apreciações de assuntos técnicos onde a assimetria de informações pode fazer os usuários opinarem sobre assuntos os quais não compreendem. Putnam (1995), afirma que boas praticas de educação pode promover nos cidadãos índices favoráveis de Capital Social de engajamento social se encontram em pessoas com mais idade.

Conselheiro	De 18 a 30 anos	De 31 a 40 anos	De 41 a 60 anos	Mais de 60 anos	Total
Usuário SUS	0	6	14	1	21
Governo	0	1	5	0	6

TABELA 5: Faixa etária dos membros do CMS, nos municípios pesquisados, 2017.

Fonte: dados da pesquisa.

Os dados mostram que a maioria, tanto dos usuários do serviço de saúde quanto dos governos, estão na faixa etária de 41 a 60 anos de idade. Dos demais, parte considerável é composta por pessoas De 31 a 40 anos. Podemos notar ausência dos jovens na fiscalização e controle social da gestão da saúde. Putnam (1995), afirma que altos níveis de engajamento social se encontram em pessoas com mais idade.

BLOCO I- GRUPOS E REDES

Conselheiro	Cooper. agrícola/ de pescador	Associaç. de morador.	Partido político	Ong/grupo cívico (ex. Rotary club, cruz vermelha)	Sindicato dos comerciante ou do trabalhador.	Não opinou	Total
Usuário SUS	0	19,05%	14,29%	19,05%	52,38%	9,52%	24
Governo	0	0	50%	0	33,33%	50%	8

TABELA 6: Os grupos que os conselheiros pertencem além do CMS, 2017.¹

Fonte: Dados da pesquisa.

Os representantes pertencentes dos usuários do serviço saúde do CMS além de estarem envolvidos com as atividades do CMS, participam de outras entidades/grupos e movimentos sociais prevalecendo os Sindicatos, seguido por ONG e Grupos Cívicos, Associação de Moradores e Partidos Políticos. Os Representantes do Governo quase em

1. O entrevistado podia marcar mais de uma opção nessa questão.

sua totalidade fazem parte de partidos políticos e Sindicatos.

A maioria dos conselheiros é filiada a partidos políticos e militantes de entidades sindicais e demais grupos sociais, fato este que afeta com intensidade a dinâmica dos CMS, , contudo esta realidade pode representar também um elevado estoque de capital social, através da participação voluntária em diversos grupos com objetivos comuns por parte do conselheiro.

Conselheiro	Nível de participação nos grupos os quais faz parte além do CMS				Número de dias por mês que você se dedica ao CMS			
	Líder	Muito ativo	Relativamente ativo	Não participa das decisões	0 a 4 dias	5 a 7 dias	8 a 12 dias	Mais de 12 dias
Usuário SUS	6	8	6	1	10	8	2	1
Governo	1	1	1	4	4	1	0	1

TABELA 7 - Nível de participação nos grupos os quais faz parte além do CMS e Número de dias por mês que você se dedica ao CMS, 2017.

Fonte: Dados da pesquisa.

A pergunta acima tinha como intuito identificar o nível de envolvimento dos conselheiros nos outros grupos sociais além do CMS, os representantes dos usuários em sua maioria consideram-se Líder, Muito Ativo e Relativamente Ativo. Quanto aos Representantes do Governo os resultados apresentaram que a sua maioria Não participa das decisões. Faz-se necessário observar a relação dessas múltiplas participações com o desempenho do conselheiro na fiscalização e no controle da saúde do seu município, o fato dos membros do governo estarem pouco engajados nos outros grupos os quais faz parte, pode acarretar em sua participação no CMS ser motivada apenas por indicação de sua chefia.

Por outro lado, a questão dos usuários pode ser interpretada que esta participação em mais de uma instancia trata-se, na verdade, de um aspecto da própria atividade, que requer uma aprendizagem ao longo do tempo e um acúmulo de *expertise* tanto em relação à atividade participativa quanto ao tema em discussão nos conselhos.

O caráter voluntário da participação do CMS compromete bastante a dedicação dos conselheiros quando se refere aos usuários a maioria se dedica de 0 a 4 dias, seguido de 5 a 7 dias, durante o mês temos 1 (uma) reunião ordinária, a atuação dos conselheiros se restringe apenas a participar da reunião. Já os indicados pelo Governo, seguem a mesma tendência dos usuários o que compromete o desempenho da atuação do conselho.

Quando questionados sobre qual seria o benefício em ser conselheiro do CMS, a maioria dos usuários do SUS, responderam que o maior benefício em Fazer parte do

CMS é Poder Beneficiar a Comunidade (52,38%) os demais acreditam que fazer parte do CMS Melhora o Acesso aos Serviços (47,62%). O resultado demonstra uma situação que nos leva a interpretar de duas formas: primeiramente o interesse comum do conselheiro como representante da sociedade e a segunda do interesse individual do conselheiro que pode utilizar o CMS para obter vantagens que não seriam possíveis sem participar do mesmo. Quanto aos Representantes do Governo os resultados (50%) opinaram que é Poder Beneficiar a Comunidade e (50%) que Melhora o Acesso aos Serviços, os resultados são semelhantes aos dos usuários, fato este que pode contribuir para baixar o estoque de capital social.

Conselheiro	Forma como ocorre à composição do CMS.			Tempo que você atua como conselheiro do CMS.				
	Por eleição	Entidades predefinida	Processo seletivo indicação de autoridade	Menos de 1 ano	1 a 3 anos	4 a 6 anos	7 a 10 anos	Mais de 10
Usuário SUS	17	3	1	2	6	8	4	1
Governo	4	0	2	2	1	1	0	2

TABELA 10: Forma como ocorre à composição do CMS, 2017 e Tempo que você atua como conselheiro do CMS, 2017.

Fonte: dados da pesquisa.

A forma de ingresso dos participantes do CMS se dá em dois momentos: primeiramente ocorrem eleições para o quantitativo de vagas destinadas às entidades que representam os usuários durante as conferências municipais de saúde, após superado esse momento, cada entidade adota sua forma de escolher o conselheiro, seja por uma eleição interna ou por indicação. A forma preponderante que o conselheiro chega ao conselho e por eleições, essa forma de representação da sociedade faz com o conselheiro seja eleito com baixa participação da sociedade e quem acaba recebendo grande prestígio social e a entidade a quem o mesmo representa o que pode fazer que o conselheiro não se veja como um representante da sociedade e possa ter atuação descompromissada atuando apenas no interesse da sua instituição.

O tempo de atuação dos membros dos CMS referente aos usuários da saúde se concentra em torno de 4 a 6 anos seguido daqueles de 1 a 3 anos, quando comparado com os representantes do governo o tempo de atuação dos usuários do SUS supera em dobro. A representação governamental sofre influência direta das eleições municipais, dessa forma quando troca o governo, ocorre à renovação dos representantes no CMS. Quanto às entidades dos usuários ocorre uma disputa por demarcação de território no CMS sendo visto pelo mesmo que a participação nessa instância é legitimada pela sociedade.

BLOCO II- AÇÃO COLETIVA E COOPERAÇÃO.

Conselheiro	Atuação em conjunto, com os demais membros do CMS para a realização de objetivos comuns.				Número de membros do CMS que contribuem para o alcance de objetivos comuns			
	Raramente	Às vezes	Com frequência	Sempre	Todos	Mais da metade	Cerca da metade	Menos da metade
Usuário SUS	0	5	13	3	5	9	5	2
Governo	0	3	1	2	2	2	1	1

Tabela 12: Atuação em conjunto, com os demais membros do CMS para a realização de objetivos comuns e Número de membros do CMS que contribuem para o alcance de objetivos comuns, 2017.

Fonte: dados da pesquisa.

A atuação conjunta dos membros do CMS para a realização dos objetivos comuns mostra que os emissários dos Usuários da Saúde nesse aspecto atuam frequentemente. Essa percepção demonstra o baixo grau de articulação interna presente nos conselhos o que pode nos levar uma interpretação de que poucos conselheiros dos diversos segmentos que compõe o CMS estão engajados em cumprir o papel dessa instancia de forma efetiva.

O resultado da tabela anterior constata que a minoria dos conselheiros atua de forma integrada para o alcance dos objetivos institucionais dos conselheiros, sendo aproximadamente um pouco mais da metade dos conselheiros que se encaixam nesse perfil.

Conselheiro	Interesse dos demais membros do CMS em serem membros do conselho.		Interesse prioritário em se tornar conselheiro do CMS			
	Todos se interessam em contribuir para trazer melhorias para a saúde	Há interesse político	Nenhum Interesse Específico, Sigo Apenas Minhas Convicções Pessoais	Interesses da minha instituição	Interesses dos movimentos organizados em função de temas ou problemas específicos	Interesses de toda a coletividade
Usuário SUS	15	6	2	2	5	13
Governo	5	1	0	0	1	5

Tabela 14: Interesse dos demais membros do CMS em serem membros do conselho, 2017 e Interesse prioritário em se tornar conselheiro do CMS, 2017.

Fonte: dados da pesquisa.

Podemos constatar que as informações fornecidas pelos conselheiros se contradizem ao afirmar que ninguém está no conselho para alcançar interesses individuais, pois a maioria afirmou que todos se interessam em contribuir para melhorias na área da saúde e apenas uma minoria comprova o resultado que é encontrado em outras questões que existe interesse político na dinâmica do CMS.

Quando os Conselheiros foram perguntados qual o seu interesse prioritário em fazer parte do CMS, quase todos dizem ser o interesse de toda coletividade, mais se formos comparar com outras alternativas, notamos que existem interesses das entidades de movimentos sociais, interesses individuais dos conselheiros e interesse governamental pois todos podem ser beneficiados pelas decisões deliberadas pelo CMS.

	Usuários do serviço de saúde				Governos			
	Raramente	Às vezes	Com frequência	Sempre	Raramente	Às vezes	Com frequência	Sempre
Leva a pauta para discutir com a sua base	9,52%	28,57%	47,62%	14,29%	0	3	1	2
Contato com a sua base para definir posição	19,05%	38,10%	19,05%	23,81%	1	2	1	2
Contato com a base para relatar deliberações.	14,29%	23,81%	42,86%	19,05%	1	1	2	2
Contato com a base para prestar contas	14,29%	19,05%	47,62%	19,05%	1	1	2	2
Contato com a base para construir articulações	14,29%	28,57%	28,57%	28,57%	1	1	2	2

TABELA 16: Frequência de contato com a sua base com relação aos diversas situações.

Fonte: Dados da pesquisa.

A frequência de contato com a base de apoio por parte dos usuários e dos membros do governo oscila entre às vezes e frequentemente, o que ratifica o distanciamento dos conselheiros e a sociedade, isso da também em grande parte pelo fato da falta de transparência das ações dos conselhos que não possuem sites nem redes sócias para divulgar suas ações, colocando em cheque o papel do conselho de ser a voz da sociedade no controle social.

Os canais de comunicação utilizados pelos usuários do SUS são o email (9,52%),

Reuniões Presenciais (90,48%) e Redes sociais (whatsapp, facebook) (38,10%). Já os representantes do governo utilizam as Reuniões Presenciais (83,33%), Redes sociais (whatsapp, facebook) (66,67%) e Memorando/ofício (50%). Esse canais escolhidos pelos conselheiros, ratificam a restrita participação da sociedade no conselho, pois a maioria das vezes o assunto é discutido apenas no âmbito das entidades do movimentos sociais, vale destacar que alguns representantes já utilizam as redes sócias para contatar sua base de apoio o pode ser uma alternativa de dar mais transparência e aproximar a sociedade do CMS e o caráter formal escolhido pelos membros do governo ao optarem Memorando/ofício.

BLOCO III- AUTORIDADE OU CAPACITAÇÃO (EMPOWERMENT) E AÇÃO POLÍTICA.

Conselheiro	Compreensão da linguagem das reuniões.			Compreensão dos assuntos das reuniões		
	Não	Parcialmente	Plenamente	Não	Parcialmente	Plenamente
Usuário SUS	14,29%	9,52%	76,19%	1	19,05%	76,19%
Governo	-	-	100%	-	-	100%

TABELA 18: Nível de compreensão da linguagem e dos assuntos tratados na reunião do CMS

Fonte: Dados da pesquisa.

O baixo nível de escolaridade dos conselheiros, aliado com a falta de capacitação para desenvolver tal atribuição, juntamente com os assuntos de natureza técnica discutidas no âmbito do conselho faz com que os usuários de saúde tenham bastante dificuldade em analisar e discutir as matérias que votadas e aprovadas no conselho, fazendo com o governo aproveite essa facilidade para aprovar coisas de seu interesse.

Conselheiro	Capacidade de influenciar as decisões do CMS				Auto-análise em relação a sua participação nas atividades do conselho			
	Muita força	Pouca força	Média força	Nenhuma força	Muito Partic	Participativo	Relativamente participativo	Não participa
Usuário SUS	33,33%	14,29%	14,29%	38,10%	33,33%	57,14%	9,52%	-
Governo	33,33%	33,33%	1	1	-	83,33%	1	-

Tabela 19: Nível de capacidade de influenciar as decisões do CMS e sua auto-análise em relação a sua participação nas atividades do CMS.

Fonte: dados da pesquisa.

A maioria dos conselheiros afirmam não ter nenhuma força, contudo a maioria se considera participativo e muito participativo, o que mostra que os conselheiros se limitam a participar das reuniões, votar e dar informe durante as plenárias, sendo que a minoria propõem pautas ou trazem demandas da sociedade para serem discutidos no conselho.

Quando os conselheiros foram perguntados sobre qual o papel do CMS para o fortalecimento da democracia, as respostas dos Usuários do SUS foram: Inserção em um sistema de políticas públicas (14,29%), Controle social (80,95%), Própria existência do conselho (4,76%), e Diálogo entre gov. e socied. Civil (28,57%). As respostas dos representantes do Governo foram, Inserção em um sistema de políticas públicas (33,33%) e Controle social (66,67%). Quase a totalidade dos conselheiros afirmam que o seu papel e fazer o controle social, contudo podemos ver nos conselhos estudados que suas atuações ainda não contemplam o controle social na sua plenitude, fazendo que o discurso não seja o mesmo praticado pelo conselho, a questão do dialogo da sociedade com o governo talvez seja ocorra ainda de forma incipiente por causa dos representantes governamentais que fazem parte da composição do conselho.

Conselheiro	Frequência você confere se as decisões do CMS são efetivadas pela secretaria municipal				Avaliação dos meios de comunicação/divulgação do CMS			
	Raramente	Às vezes	Com frequência	Sempre	Muito satisfatória	Satisfatória	Pouco satisfatória	Insatisfatória
Usuário SUS	14,29%	42,86%	28,57%	14,29%	1	23,81%	52,38%	19,05%
Governo	-	33,3%	33,3%	33,3%	1	33,3%	33,3%	1

Tabela 21: Frequência você confere se as decisões do CMS são efetivadas pela secretaria municipal, 2017 e Avaliação dos meios de comunicação/divulgação do CMS, 2017.

Fonte: dados da pesquisa.

A atuação limitada do conselho se consiste após a votação nas plenárias em encaminhar as deliberações do conselho sendo que a minoria dos conselheiros acompanha se essas foram implantadas, o que faz com as ações do conselho sejam meramente burocráticas cumprindo apenas as obrigações que demandam em recebimento de repasses de recursos para o município, enquanto que outras questões ficam sem acompanhamento. O movimento atual de transparência e da lei de acesso a informação parece que ainda não faz parte do ambiente dos conselhos gestores que atuam em prol da sociedade, tendo suas ações disponibilizadas apenas aos conselheiros.

	Usuário SUS				Governos			
	Muito signif	Signif.	Pouco signific	Não tem influênc.	Muito signif.	Signif	Pouco signific	Não tem influênc.
Câmara Municipal	4,76%	4,76%	76,19%	14,29%	-	50%	1	33,33%
Políticas Púb. SMS	38,10%	28,57%	28,57%	4,76%	1	50%	1	1
Políticas Púb. OUT.	14,29%	9,52%	66,67%	9,52%	1	33,33%	33,33%	1
Iniciat. da Socie. Civ.	38,10%	23,81%	33,33%	4,76%	-	66,67%	1	1
Empr. e Grp. Privd.	9,52%	23,81%	52,38%	14,29%	-	50%	33,33%	1
Opinião Pública	19,05%	42,86%	38,10%	-	-	66,67%	1	1

Tabela 22: Influência do CMS sobre outras instancias.

Fonte: dados da pesquisa.

Quando perguntando sobre a influencia do conselho sobre outras instancias da sociedade podemos perceber em sua maioria em pouco significativa, chegando às vezes ser significativa, com uma pequena possibilidade de o conselho ter uma influencia muito significativa apenas sobre a Secretaria Municipal e Entidades do Movimento Sociais.

	Usuário SUS		Governos	
	Forte	Fraco	Forte	Fraco
Caráter deliberativo	71,43%	28,57%	66,67%	33,33%
Proposição de políticas	31,10%	46,15%	-	100%
Acompanhamento de políticas	47,62%	52,38%	33,33%	66,67%
Implementação de políticas	31,10%	46,15%	-	100%
Agendamento e pressão política	14,29%	85,71%	-	100%
Autonomia	46,15%	31,10%	66,67%	33,33%

Tabela 23: capacidade de incidência política do CMS

Fonte: dados da pesquisa.

A percepção dos conselheiros sobre a capacidade de incidência política do CMS demonstra que sobre seu caráter deliberativo e autonomia são vistos como pontos fortes, contudo esse caráter deliberativo consiste apenas com relação aprovar ou não as pautas que chegam ao CMS e autonomia até certo ponto é relativa visto que o poder executivo municipal pode influenciar através do orçamento destinado aos conselhos comprometendo a efetiva ações do conselheiros.

	Usuário SUS		Governos	
	Forte	Fraco	Forte	Fraco
Entre o segmento	66,67%	33,33%	83,33%	16,67%
Com outros órgãos	42,86%	57,14%	16,67%	83,33%
Com conselhos de outras áreas	14,29%	85,71%	33,33%	66,67%
Com governos municipal/estadual	33,33%	66,67%	66,67%	33,33%
Com a sociedade civil fora do conselho	52,38%	47,62%	33,33%	66,67%
Com conferências	66,67%	33,33%	83,33%	16,67%

Tabela 24: Capacidade de articulação do CMS

Fonte: dados da pesquisa.

A baixa articulação entre os próprios conselheiros reflete na baixa articulação com outras instancias da sociedade o que poderia aumentar o estoque de capital social para ações mais efetivas por melhorias na área de saúde. Fica evidente que o grande momento de articulação do conselho com a sociedade e na conferencias de saúde.

Conselheiro	Confiança para o alcance de objetivos comuns do CMS				Disposição dos conselheiros ajudarem na realização de objetivos comuns			
	Muito satisf.	Satisf	Pouc. Satisf.	Insatis.	Muito satisf.	Satisf	Pouc. Satisf.	Insatis.
Usuário SUS	23,81%	47,62%	23,81%	4,76%	23,81%	42,86%	33,33%	0
Governo	33,33%	33,33%	16,67%	16,67%	33,33%	33,33%	33,33%	0

Tabela 26: Confiança para o alcance de objetivos comuns entre os conselheiros do CMS e Disposição dos conselheiros ajudarem na realização de objetivos comuns.

Fonte: dados da pesquisa.

Vemos que a confiança entre os conselheiros ainda é muito baixa, seja pela composição do CMS ou por divergências ideológicas ou político-partidarias, toda essa conjuntura dificulta a formação de estoque de capital social. O mesmo fato reflete na disposição do conselheiro em cooperar para o alcance de objetivos comuns.

Quando os conselheiros foram perguntados sobre quais aspectos dos mencionados o CMS precisa ser melhorado prioritariamente sobre o aspecto da qualidade do debate do plenário do CMS, as respostas dos Usuários do SUS foram: A discussão é restrita (4,76%), Há disputas internas (23,81%), Necessita melhorar a metodologia (28,57%), Há problemas com o regimento interno (23,81%) e Necessita definir prioridade (38,09%). Já a resposta dos representantes do Governo foram Há disputas internas (33,33%), Necessita melhorar a metodologia (33,33%) e Necessita definir prioridade (33,33%).

Quando apresentamos aos conselheiros a oportunidade de se manifestarem sobre aspectos que poderiam ser melhorados no tocante ao debate do plenário do CMS, verificamos o que mesmo e um ambiente permeado por disputas internas, regimentos

internos desatualizados, necessidade de reformular a metodologia de ação do CMS e definição de prioridade. Verificamos a falta de gestão interna do conselho, pois o mesmo consiste em uma organização, que como outra qualquer, precisa de gestão para obter efetividade nas suas ações.

	Usuário SUS	Governos
Fortalecer práticas democráticas no interior do conselho	19,05%	-
Modificações nas regras (regimento) do conselho.	28,57%	1
Ligação entre o CMS e outros conselhos	23,81%	-
Criar meios p/potenc.a artic.entr/segm.no âmbito do CMS e fora deste	23,81%	1
Aperfeiçoamento das reuniões.	-	1
Necessidade de formação/capacitação de conselheiros.	57,14%	50%
Diminuir disputas internas.	1	33,33%
Publicidade ao trabalho do conselho	23,81%	1

Tabela 28: Sugestões de melhoria do CMS

Fonte: dados da pesquisa.

A falta de capacitação dos conselheiros e apontada como a principal solução para melhoria das ações do CMS, contudo os resultados apontam necessidade de atualização do regimento e articulação com outras instancias da sociedade. Faz-se necessário alem dessas mudanças foram apontadas, publicidades das ações do CMS, criação de critérios para exercer a função de conselheiro, também e preciso adoção de medidas de como o conselheiro chega ao conselho e políticas de gestão administrativa do conselho.

Quando os conselheiros foram perguntados sobre quais aspectos dos mencionados o CMS precisa ser melhorado prioritariamente sobre o aspecto da qualidade do debate do plenário do CMS, as respostas dos Usuários do SUS foram: Fortalecimento da democracia (23,81%), Representatividade (23,81%), e Articulação (9,52%) e Estrutura organizacional/Qualidade das discussões (66,67%). Já a resposta dos representantes do Governo foram Representatividade (33,33%), Articulação (33,33%) e Estrutura organizacional/Qualidade das discussões (33,33%).

Continuando ainda sobre o que precisa ser melhorado notamos que os conselheiros demonstram grande preocupação com a estrutura organizacional e qualidade das discussões, com relação à estrutura essa na maioria dos conselheiros e bem limitada, por exemplo, no conselho de Cametá, não existe fachada de identificação do conselho, o mesmo até a presente data não tinha secretaria, pois por falta de segurança as anteriores pediram remoção para outros órgãos o conselho de Bragança não possui sede própria atuando em uma pequena sala dentro da secretaria de saúde do município.

ORGANIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS PARAENSES PESQUISADOS

A presença do capital social nas atuações dos conselhos municipais, em especial o conselho municipal de saúde vem ocorrendo a partir do final da década de 1980, porém, em meados dos anos 2000 ele vem ganhando força como fomentador da participação popular nas decisões dos conselhos de saúde, como afirma Wendhausen, Barbosa e Borba (2006), Santos, Vargas e Lucas (2011) e Ponte, *et al.* (2012). Além disso, é um importante instrumento de empoderamento dos cidadãos, em especial para os conselheiros municipais de saúde (HEIDEMANN; WENDHAUSEN, 2015, KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015).

O processo de consolidação do capital social aliado ao papel dos conselheiros municipais de saúde acarreta em ganhos para a gestão e saúde dos municípios, principalmente quando estes conselheiros, são capacitados para desenvolverem suas atribuições, e assim passam a conhecer seus deveres e sua importância na gestão e organização dos recursos, por meio da ação coletiva, em prol da melhoria da saúde no município (CRISTO, 2012).

A falta de capacitação também é identificada nos três municípios estudados, vale ressaltar que ações isoladas do Ministério da Saúde, do TCU e por parte do Governo Estadual foram citadas pelos conselheiros de capacitação foram promovidas, contudo ainda são incipientes, no conselho de Cameté em duas reuniões consecutivas foram necessárias a presença de contadores disponibilizados pela prefeitura para aprovação das contas do município.

Neste contexto a qualidade das relações sociais esta diretamente ligada às enfermidades presentes na sociedade, portanto a melhoria da qualidade destas relações é observada quando nela está presente o capital social (CAMPOS; GOMIDE 2015). As redes sócias também contribuem para a melhoria das relações, pois trazem em seu bojo a capacidade de inovação e ações que se transformam em impactos positivos na gestão de saúde (SAMPAIO; CALDAS; CUTRIB, 2015).

O baixo grau de articulação interna (entre conselheiros) e externa (entre conselho e outras instâncias) encontrados nos municípios pesquisados demonstram que os conselhos possuem grande potencial de desenvolverem estoque de Capital Social, contudo a forma de composição do conselho, os interesses individuais e as visões político-partidárias compromete a confiança elemento chave para o desenvolvimento desse capital. Nota-se

nos CMS estudados ações isoladas de alguns conselheiros para criar articulações internas e externas.

No entanto, Baião, Peci e Costa (2015) afirmam que o estado, no sentido de diminuir o capital social, fomenta e inibi a formação destes, por meio de ações governamentais e influências, para dissipar os movimentos. Corroboram com esta premissa Rocha (2013), quando afirma que em alguns casos, a secretaria municipal de saúde influencia intensamente as decisões dos conselhos municipais de saúde os considerando, muitas vezes, um obstáculo, principalmente quando se trata da aprovação das contas do município.

No estudo também é possível identificar nos regimentos internos dos CMS o grau de dependência do mesmo em relação ao poder executivo municipal, no município de Breves os conselheiros durante anos não podem participar de capacitações fora do município por falta de orçamento, verificamos que quando a pauta e de interesse do governo todos os subsídios necessários para aprovação da matéria são empregados.

Outra dificuldade acerca do capital social, voltada à gestão da saúde, é a avaliação do mesmo, que estará condicionado diretamente a sua função e resultados e para isto ele precisa ter presente elementos como a confiança, cooperação, normas sociais, sistema de participações e regras de reciprocidade, todas elas bem definidas no processo (FACCI; MACKE; GENARI, 2013). E outra está relacionada ao auto grau de escolaridade de parte dos conselheiros, que grosso modo, pode representar um ganho positivo para o conselho, mas também pode ser um processo excludente em camadas menos favorecidas. Além do fato em que os derrotados nas eleições para conselheiro tentam desmerecer ou criar sensação de não representatividade dos que foram eleitos (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006).

A falta de gestão administrativa interna dos CMS e presente nos três municípios estudados não existem metas do conselho, nem planejamento ou cronogramas de ações, só existe o calendário de reuniões. Com relação às normas que regem o conselho todas se encontram defasada não condizente com a realidade dos mesmos.

O capital social, apesar de suas dificuldades apresentadas, pode também ser chamado de confiança social, por esta ser uma das bases que sustenta o conceito, podendo-se observá-lo, principalmente, nas relações presentes nos conselhos de gestão de saúde (SILVA; EDSON; ALCÂNTARA, 2012).

O único momento que os conselheiros se encontram em alguns casos é na reunião ordinária que ocorre uma vez no mês, o que dificulta a criação de cooperação e confiança. O alto grau de escolaridade por parte dos membros do governo faz com os mesmos se sobressaem nas reuniões aprovando sem muita discussão as pautas governamentais.

Pode-se afirmar, a partir dos estudos de Ponte *et. al* (2012) KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2015, SHIMIZU; MOURA, 2015) que as redes sociais formadas com o

capital social propiciam a maior integração entre os conselhos e as secretarias de saúde, por estarem em um ambiente que favorecem o contato e a troca de informações entre os representantes do conselho e os agentes dos governos.

Desta forma, Shimizu e Moura (2015) alegam que conforme o aumento dessa comunicação existente entre os dois lados, é possível analisar quais são as fragilidades dos conselhos regionais de saúde para buscar o fortalecimento do controle social e dirimir a problemática das representações dos conselhos regionais de saúde.

Com o aprofundamento dos estudos, surgem outras preocupações sobre a relação entre os conselhos de saúde, as secretarias de saúde e as relações internas existentes dentro do próprio conselho. Destacam-se as relações diretas, a saber: 1) a relação entre os conselheiros e a sociedade; 2) a relação entre os conselheiros; 3) a relação entre os conselheiros e o poder público e 4) a relação entre os conselheiros e a política.

A relação entre os conselheiros e sociedade ocorre no momento em que estes são eleitos para cumprirem os seus mandatos e passam a desempenhar o seu papel, fiscalizando o orçamento público destinado a saúde efetivando assim o controle social e atuando em parceria com os poderes executivo, legislativo e judiciário o compartilhamento das decisões com a sociedade, por meio de uma gestão participativa (ROCHA *et al.*, 2013).

Os conselhos de saúde, independentemente de sua esfera no poder executivo, juntamente com seus conselheiros, são uma das formas de assegurar o controle social e a participação da sociedade na gestão da saúde através dos seus representantes (CRISTO, 2012; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2015). Contudo, às vezes a participação no conselho se restringe a gestão interna como nos casos de elaboração de processos, aquisição de materiais e melhoramento de infraestrutura e/ou apenas a deliberar nas demandas que são obrigados a cumprir pela legislação, e pouco discutem sobre temas de melhoria da saúde no estado e no município (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2015).

Entre os conselheiros são percebidos o conhecimento e o interesse que possuem acerca de suas funções e a consciência de que estão representando a sociedade em seus mandatos, buscando trazer as discussões para o âmbito da sociedade e levando demandas para o conselho para que depois sejam tomadas as decisões pela entidade (SIPIONI; SILVA, 2015). Outro ponto a ser destacado é a baixa participação da sociedade nas deliberações de interesse direto dos usuários do sistema de saúde (BISPO JÚNIOR, MARTINS, 2014).

A baixa participação da sociedade presentes nos municípios estudados se dá por falta de mecanismos por falta dos CMS de transparência e de acesso a informação pela sociedade, parece que o cômodo para os conselheiros tal situação, pois apesar de apontarem como uma sugestão de melhoria a publicização das suas ações os mesmo não buscar meios para aumentar seus contatos com suas bases de apoio. O que demonstra um

hiato entre o conselho e a sociedade.

Junto aos conselheiros também foi levantado, em alguns conselhos, a baixa frequência dos representantes nas deliberações da secretaria de saúde e alguns justificam que não participam por conta das péssimas condições de infraestrutura apresentadas o que prejudica o funcionamento, a organização e a participação popular para acompanhar a fiscalização da administração (SILVA *et al.* 2012). A falta de quorum mínimo durante a reunião e um fato presente nos CMS estudados, também ocorre esvaziamentos das reuniões por todos os segmentos que compõe o conselho, as entidades dos usuários são as mais ausentes nas reuniões do conselhos, parecem que todo seu empenho e para garantir seu lugar no conselho restringindo sua ação apenas em marcar seu espaço nesse território.

A relação entre os conselheiros e o poder público ocorre por meio das reuniões e encontros para deliberação e tomadas de decisão. Contudo, para acontecer estes encontros ocorrem dificuldades de toda ordem, como o horário para acontecer às reuniões, que nem sempre coincidem com os horários compatíveis entre os vereadores, os profissionais de saúde e os conselheiros (PONTE *et al.*, 2012). A situação é tão grave que nos município de Breves um dos conselheiros solicitou durante a plenária que fossem adotadas medidas punitivas aos conselheiros que faltam sem da justificativa.

Como forma de empoderamento e ação política, os conselhos passaram a exercer um papel fundamental na consolidação da participação popular na deliberação de políticas acerca dos sistemas de saúde. A participação destes conselhos, em alguns casos, pode deliberar em caráter de urgência sobre os recursos da saúde (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2016). Nesse sentido todos os conselhos participam da aprovação das pautas que são necessárias para o repasse de recursos, essa é principal ação desenvolvida pelos conselheiros.

Busana e Heidemann (2015) afirmam que as plenárias nos conselhos de saúde são importantes por serem espaços de troca de conhecimento sobre as dificuldades propiciando o aprendizado e a apropriação do conhecimento. Além disso, esses espaços favorecem a cidadania e une forças para fomentar de forma consciente ou inconsciente o empoderamento.

Contudo, para que de fato ocorra o empoderamento dos conselheiros de saúde é necessário observar se de fato estão tendo as condições necessárias para exercer suas funções, entre eles: 1) capacidade instalada; 2) recursos disponíveis; 3) previsão para manutenção das atividades. Também é necessário observar os recursos de caráter técnico e político envolvidos na implementação dos processos (KLEBA; ZAMPIROM; COMERLATTO, 2016, LISBOA, 2016).

Além dos recursos materiais e políticos também é necessário a participação, a

compreensão, por parte do conselheiro, em perceber sua importância e se fazer importante no processo de deliberação acerca da gestão de saúde proposta pelo conselho. Neste sentido, alguns conselhos vêm enfrentando dificuldades, pois alguns de seus participantes estão buscando conquistas individuais em detrimento das coletivas, desfocando as ações do conselho (LISBOA, 2016). Os conselheiros vivem constantes conflitos com relação aos seus interesses individuais e interesses coletivos, nas respostas dos conselheiros sobre seus interesses a maioria entrou em contradição.

Além das redes sociais e o empoderamento da sociedade, por meio dos conselheiros de saúde, há também as Ações Coletivas e a Cooperação. Segundo Sehnem e Macke (2016), o que favorece a cooperação entre os grupos, contudo, a relação entre os conselheiros de saúde e a sociedade é a uma relação de baixa confiança no trabalho realizado pelos conselheiros, por mais que os municípios possuam tradições, valores e crenças locais que poderiam facilitar as relações de cooperação.

Neste contexto, as ações coletivas e a cooperação estão presentes, não somente nos conselhos de saúde, mas também em outras organizações tendo papel fundamental para o estabelecimento de normas e padrões que possibilitam a criação de uma cultura de confiança social e posteriormente o crescimento e o engajamento de mais cidadãos nos processos deliberativos que requeiram a atenção da comunidade (SILVA; PEREIRA; ALCÂNTARA, 2012). O engajamento dentro dos CMS estudados ocorrem com bastante intensidade quando as pautas interessam aos seus respectivos segmentos, o que faz com que ocorra diversas disputas internas.

A relação entre as redes sociais, o empoderamento e a presença da ação cooperativa e cooperação com a formação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde são visíveis, porém para que elas se consolidem e atuem juntas, ainda é preciso trabalhar mais a importância da participação da comunidade nas deliberações dos conselhos, para que validem estas ações e criem um vínculo de participação e reconhecimento dos trabalhos dos conselheiros no que tange a representação da comunidade frente ao poder público.

CONCLUSÃO

O conselho Municipal de saúde tem função essencial na consolidação de controle e fiscalização das políticas públicas do município. Observou-se que a participação dos conselheiros nos municípios ainda se detém a questões burocráticas, sem prestar devida atenção aos fatores de fiscalização e participação nas políticas públicas de saúde. Também há evidências de que a influencia da política partidária, de entidades de movimentos sociais e dos interesses governamentais ainda é dominante na formação da agenda de deliberações e até decisões dos conselhos.

A participação no contexto do capital social e sua influencia na fiscalização dos municípios acontece ainda de maneira muito superficial. Se levado em consideração os principais objetivos dos conselhos municipais de saúde, a falta de construção de propostas de fiscalização em saúde do município e a própria baixa participação da sociedade, nos conselhos podem ser (ou são) os causadores desse problema. Na perspectiva relacional algumas informações sustentam o argumento de que a base do capital social (recursos, confiança, cooperação) não se manifesta fortemente nos conselhos.

Dessa forma o que ficou evidente é que em alguns casos existe a domínio de um segmento que compõe o conselho, geralmente é o grupo que faz parte da mesa diretora dos CMS, no caso específico do município de Breves, o CMS é altamente influenciado pelo Igreja Católica e a entidade que mais detém cadeiras no conselho. Esse domínio compromete a articulação dos conselheiros (entre conselheiros) interna e externamente (entre conselho e outras instancias da sociedade).

Ausência da participação dos jovens no conselho, baixo nível de escolaridade dos representantes dos usuários, quase todos os conselheiros são filiados a outros grupos sociais, como partidos políticos, sindicatos, o que faz com que os mesmos vivam em permanentes conflitos sobre os seus interesses (individuais e coletivos) em fazer parte do CMS.

Também falta estrutura organizacional e maior qualidade das discussões, bem como capacitação dos conselheiros, atualização dos regimentos internos e transparências das ações dos conselhos, baixo contato do conselho com a sociedade, maior dedicação dos conselheiros em numero dias por mês, para que possam visitar as unidades de saúde e conversar com a sociedade exercendo o controle o social em sua plenitude e maior acompanhamento por parte dos conselheiros das suas respectivas deliberações aprovadas em suas plenárias que são enviadas por ofícios ao poder executivo municipal que não acompanham se são efetivadas.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. C. R. Conselhos gestores e regulação: a assistência social em tempos de transição. **Rev. Política & Sociedade**, Florianópolis, v. 8, n. 15, p. 251-269, 2012.
- ALENCAR, Joana *et al.* Participação social e desigualdades nos conselhos nacionais. **Sociologias**, Porto Alegre, v.15, n.32, p.112-146, abr. 2013. Acesso em 16 jun. 2017.
- BAIÃO, Alexandre Lima; PECCI, Alketa; COSTA, Caio César de Medeiros. Parcerias entre Estado e Sociedade Civil na perspectiva do capital social. **Organ. Soc.**, vol.22, n.74, p.345-365, 2015.
- BANCO MUNDIAL. Questionário Integrado para Medir Capital Social (qi-MCS). Grupo Temático sobre Capital Social/Banco Mundial, 2003.
- BISPO JÚNIOR, José Patrício; MARTINS, Poliana Cardoso. Participação social na Estratégia de Saúde da Família: análise da percepção de conselheiros de saúde. **Rev. Saúde debate**, vol.38, n.102, p.440-451, 2014.
- BOURDIEU, P. **The forms of capital**. In: HALSEY, A.; LAUDER, H.; BROW, P.; WELL, S. **Education: culture, economy, society**. Oxford: Oxford University Press, 1997.
- _____. The Forms of Capital. In: RICHARDSON, J. (ed.). **Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education**. Nova York : Greenwood Press, 1986.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 19 set.
- _____. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 31 dez.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União** 1996; 16 out.
- _____. Ministério da Saúde (MS). Resolução nº 333 de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. **Diário Oficial da União** 2003; 4 dez.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
- BURT, R.S. The contingent value of social capital. **Administrative science quarterly**. v.42, p. 339-365, 1997.
- _____. Structural holes versus network closure as social capital. In: LIN, N.; COOK, K.;
- BRESSER-PEREIRA, L. C. (2010). Democracia, estado social e reforma gerencial. **Revista de Administração de Empresas**, 50(1), 112-116. Recuperado em 25 de março, 2017, de <http://rae.fgv.br/rae>.
- BURT, S.R. (Ed). **Social Capital: theory and research**. New York: Aldine de Gruyter, 2001.

- BUSANA, Juliano de Amorim; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss; WENDHAUSEN, Águeda Lenita Pereira. Participação popular em um conselho local de saúde: limites e potencialidades. **Texto contexto - enferm.**, vol.24, n.2, p.442-449, 2015.
- CAMPOS, Paulo Cesar Moreira; GOMIDE, Marcia. O Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) na perspectiva social: a análise de redes, capital e apoio social. **Cad. saúde colet.**, vol.23, n.4, p.436-444. 2015.
- COLEMAN, J. S. The rational reconstruction of society: 1992 presidential address. **American Sociological Review**, v.58, n.1, p. 1-15, 1993.
- _____. Foundations of social theory. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1990.
- _____. Foundations of social theory. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press. 2000.
- _____. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*. v.94, 1988.
- COSTA, M. T. P. et al. Controle e Participação Social no Conselho Municipal de Saúde de Natal-RN. **Interface - Revista do Centro de Ciências Sociais Aplicadas**, v. 12, n. 2, p. 70-85, 2015.
- CÔRTEZ, S. V. **Participação e saúde no Brasil** rg. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- CORTES, S. M. V.; GUGLIANO, A. A.. Entre neocorporativistas e deliberativos: uma interpretação sobre os paradigmas de análise dos fóruns participativos no Brasil. *Sociologias (UFRGS. Impresso)*, v. 12, p. 44-75, 2010.
- CRISTO, Solange Conceição Albuquerque de. Controle social em saúde: o caso do Pará. **Serv. Soc. Soc.**, n.109, p.93-111, 2012.
- CUNHA, E. S. M. (2009). **Efetividade deliberativa: estudo comparado de Conselhos Municipais de Assistência Social (1997/2006)**. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- DAGNINO, E. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- ERNANDES, Violeta Campolina; SPAGNUOLO, Regina Stella; NASCIMENTO, Edinalva Neves. Percepção de conselheiros de saúde sobre acesso às informações e inclusão digital. **Saude soc.** 2017.
- FACCIN, Kadígia; MACKE, Janaina; GENARI, Denise. Mensuração do capital social nas redes colaborativas vitivinícolas da Serra Gaúcha. **Organ. Soc.**, vol.20, n.65, p.303-320, 2013.
- FARIAS FILHO, Milton Cordeiro; ARRUDA FILHO, Emílio J.M. **Planejamento da Pesquisa Científica**. São Paulo: Atlas, 2013.
- FARIAS FILHO, M. C.; SILVA, A. N. da; MATHIS, A. Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1911-1919, 2014.
- FRANCO, A. **Capital social: leituras de Tocqueville, Jacobs, Putnan, Fukuyama, Maturana, Castells e Levy**. Curitiba: Millennium, 2001.
- FUKUYAMA, F. **A grande ruptura: a natureza humana e a reconstrução da ordem social**. Rio de Janeiro. Rocco, 2000.

- _____. **Confiança: valores sociais e criação de prosperidade**. Lisboa: Gradiva, 1996.
- _____. **Social capital, civil society and development**. Third World Quarterly. v.22, p.7-20, 2001.
- _____. **Social capital**. Brasenose College, Oxford. 1997. Disponível em: http://tannerlectures.utah.edu/_documents/a-to-z/ff/Fukuyama98.pdf. Acesso em: 01.11.2013.
- _____. **The great disruption: human nature and the reconstitution of social order**. New York: Touchstone, 1999.
- _____. **Trust: The social virtues and the creation of prosperity**. London: Hamish Hamilton. 1995.
- GOHN, M. da G. (2002). Conselhos gestores na política social urbana e participação popular. *Revista Cadernos Metrópole*, 7 (n. especial), 9-31. Recuperado em 24 de maio, 2017, de <http://www.cadernosmetropole.net/>.
- GOMES, E. G. M. (2003). **Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Democracia, Controle Social e Instituições**. Dissertação de Mestrado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, SP, Brasil.
- GONTIJO, C. R. B.; CASTRO, C. L. F.. Subsídios para análise de participação e de capital social em Conselhos de Políticas Públicas. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. V, p. 85-110, 2012.
- GROOTAERT, C.; NARAYAN, D; JONES, V. N; WOOLCOCK, M. Questionário integrado para medir Capital Social (QI-MCS). Banco Mundial–Grupo Temático sobre Capital Social. Washington DC, 2003.
- IBGE. Cidades. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11.02.2017
- JACOBS, J. **The life and death of great American cities**. New York, Random House, 1961.
- KEZH, Nilce Helena de Paula, BÓGUS, Cláudia Maria; MARTINS. Entraves à participação social dos representantes dos trabalhadores no conselho municipal de saúde. **Rev. Saude soc.**, vol.25, n.4, p.950-963, 2016.
- KLEBA, M. E; COMERLATTO, D; RENK, E. C; COLLISELLI, L. O papel dos conselhos gestores de políticas públicas: um debate a partir das práticas em Conselhos Municipais de Chapecó (SC). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 793-802, 2010.
- KLEBA, M. E; ZAMPIROM, K ; COMERLATTO, D. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 556-567, 2015.
- KLEBA, M. E.; COMERLATTO, D; FROZZA, K. M. Instrumentos e mecanismos de gestão: contribuições ao processo decisório em conselhos de políticas públicas. **Revista de Administração Pública (Impresso)**, v. 49, p. 1059-1079, 2015.
- KLEBA, Maria Elisabeth; ZAMPIROM, Keila; COMERLATTO, Dunia Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Rev Saude soc.**, Jun 2015, vol.24, no.2, p.556-567. ISSN 0104-1290.
- LAVALLE, A. G.; VOIGT, J.; SERAFIM, L.. O que Fazem os Conselhos e Quando o Fazem? Padrões Decisórios e o Debate dos Efeitos das Instituições Participativas. *Dados*, Rio de Janeiro , v. 59, n. 3, p. 609-650, set. 2016 .

LIN, N. Building a network theory of capital social. *Connections*. v.22, n.1, p. 28-51, 1999.

_____. **Social Capital: Social Networks, Civic Engagement or Trust?** *Hong Kong Journal of Sociology*. n.2, p.1-38, 2001a.

LIN, N.; ENSEL, W. M. Life stress and health: Stressors and resources. **American Sociological Review**, p. 382-399, 1989.

LIN, Nan. A network theory of social capital. In: *The handbook of social capital*, v. 50, p. 69, 2008.

_____. *Social Capital: A Theory of Structure and Action*. London and New York: Cambridge University Press, 2001b.

LISBOA, Edgar Andrade et al. Conselhos locais de saúde: caminhos e (des)caminhos da participação social. **Rev.Trab. educ. saúde**, Dez. vol.14, no.3, p.679-698 2016.

LOPES, B. J.; SILVA, E. A.; FERREIRA, M. A. M.; EMMENDOERFER, M. L. Institucionalização da participação nos Conselhos de Saúde: análise do espaço deliberativo e de sua ocupação. **Rev. Amazônia, Organizações e Sustentabilidade**, v. 3, n. 2, p. 63-82, 2014.

LÜCHMANN, L. H. **A representação no interior das experiências de participação**. Lua Nova, São Paulo, n.70, p. 139-170, 2007.

MAIA, T. M. C. (2009). **Por uma Administração Pública Democrática: além da Administração Pública gerencial, a Administração Pública Societal**. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

MEDINA, J.I.G.V. Uma definição estrutural de capital social. **Revi. hispana para el análise de redes sociais**. v. 20, n.6,p.1-29, 2011.

MELO, Paulo Thiago Nunes ; BEZERRA de, Regis. Princípios epistemológicos da teoria do capital social na área da administração. **Cad. EBAPE.BR**, Mar, vol.13, no.1, p.136-164. 2015

MORONI, José Antonio. Entrevista concedida à Abong (Associação Brasileira de ONGs), no dia 11/7/2011, disponível em: <<http://www.reformapolitica.org.br/entrevistas/170haodesafiodesepensaremsistemadparticipacaopopularqueabarquetodasasformasorganizativasdasociedadeafirmamoro ni.pdf>>. Acesso em: 5 mai. 2016.

NEWTON, K. Trust, Social Capital, Civil Society, and Democracy. **International Political Science Review**. v. 22 , n. 2, p. 201-214. 2001.

OLIVEIRA, Ana Maria Caldeira and DALLARI, Sueli Gandolfi. Representações sociais dos conselheiros municipais de saúde sobre a vigilância sanitária. **Rev.Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2015, vol.20, n.8.

OLSON M. **A lógica da ação coletiva: os benefícios públicos e uma teoria dos grupos sociais**. São Paulo: EDUSP; 1999.

PAES DE PAULA, A. P. **Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

PEREIRA, R. M.; ROBERTO, R. F.; GAVA, R.; SILVA, E. A. Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Relações entre Estado e Sociedade Civil no Contexto Local. **Rev. de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 1, p. 29-40, 2016.

PONTE, Hermínia Maria Sousa da et al. "O caminho se faz ao caminhar": processo de reativação de conselhos locais de saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão. **Rev Saude soc.**, Maio , vol.21, suppl.1, p.234-243, 2012.

PORTES, A. Social capital: its origins and applications in modern sociology. **Annual Review of Sociology**. V.24, p. 1-25, 1998.

PUTNAM, R. D. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy*. v. 6, p. 65-78, 1995.

_____. Democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton, N.J. Princeton university press, 1993.

_____. Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

_____. Democracies in flux: The evolution of social capital in contemporary society. Oxford University Press, 2002.

PUTNAM, R. D; FELDSTEIN, L. M.; COHEN, D. Better Together: Restoring the American Community. New York: Simon & Schuster, 2003.

PUTNAM, Robert D. Capital social e democracia. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial, 1995.

_____. Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna. 3 ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2002.

REZENDE, Raphael Batista de and MOREIRA, Marcelo Rasga. Relações entre representação e participação no Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: segmento dos usuários, 2013-2014.

ROCHA, Elisama Nascimento et al. O papel do conselheiro municipal de saúde na fiscalização do orçamento público. **Rev. Saúde debate**, vol.37, n.96, p.104-111.

SAMPAIO, Patricia Passos; CALDAS, José Manuel Peixoto; CATRIB, Ana Maria Fontenelle A (des) estabilização das redes sociais e o impacto na saúde do professor universitário: o caso português. **Cad. saúde colet.**, , vol.23, no.3, p.239-244, ., Set 2015.

SANTOS JÚNIOR, Orlando Alves dos; RIBEIRO, Luiz César de Queiroz; AZEVEDO, Sérgio de (Org.). Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. Rio de Janeiro: **Rev.Fase**, 2004.

SANTOS, C, W.; FARIAS FILHO, M.C.; GUIMARÃES, C.M.C. O capital social do Agente Comunitário de Saúde. Cachoeira: Anais VII Enapegs. 2014. Acesso em 8.10.2014. Disponível em: <http://anaisenapegs.com.br/2014/dmdocuments/3016.pdf>

SANTOS, C. W. ; FARIAS FILHO, Milton C. . Agentes Comunitários de Saúde: uma perspectiva do capital social. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva (Online)**, v. 21, p. 1659-1668, 2016.

SANTOS, E. R.; BAQUERO, C. M. J. Capital social e políticas públicas na região metropolitana de Porto Alegre: comparando Novo Hamburgo e Estância Velha. **Rev Opinião Pública (UNICAMP. Impresso)**, v. 21, p. 431-461, 2015.

SANTOS, Sílvia França, VARGAS, Andréa Maria Duarte; LUCAS, Simone Dutra Conselheiros usuários do conselho municipal de saúde de Belo Horizonte: características sociais e representatividade. **Rev.**

Saude soc., Jun 2011, vol.20, no.2, p.483-495.

SALIBA, N. A.; MOIMAZ, S. A. S.; FERREIRA, N. F.; CUSTÓ, L. B. M. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 43, n. 6, p. 1369-1378, 2009.

SILVA, Andréia Neves . Participação dos conselhos de saúde na fiscalização da política de saúde: uma análise da sua ineficiência na RMB / Andréia Neves da Silva; Orientador, Armin Mathis. – 2011.

SCOTT, J. Social network analysis: a handbook. 2 ed. London: Sage, 2000.

SEHNEM, Alyne; MACKE, Janaina Fatores Explicativos do Capital Social no Extremo Oeste Catarinense. **Rev Organ. Soc.**, vol.22, no.74, p.309-324. Set 2015

SHIMIZU, Helena Eri; MOURA, Luciana Melo de As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada. **Rev Saude soc.**, , vol.24, no.4, p.1180-1192. Dez 2015.

SILVA, C. C. R. A. ; TATAGIBA, Luciana . Os conselhos gestores sob o crivo da política: balanços e perspectivas. **Rev Serviço Social & Sociedade**, v. 109, p. 68-92, 2012.

SILVA, Edson Arlindo; PEREIRA, José Roberto; ALCÂNTARA, Valderi de Castro Interfaces epistemológicas sobre administração pública, institucionalismo e capital social. **Cad. EBAPE.BR**, Mar 2012, vol.10, no.1, p.20-39. ISSN 1679-3951

SILVA, Lucilane Maria Sales da et al. Análise da organização e funcionamento dos conselhos de saúde e a gestão participativa em Fortaleza, CE. **Rev Saude soc.**, Maio 2012, vol.21, suppl.1, p.117-125.

SIPIONI, Marcelo Eliseu; SILVA, Marta Zorzal e Democracia e saúde: A prestação de contas como legitimadora da representação no Conselho Municipal de Saúde de Vitória (ES). **Rev.Saúde debate**, Mar 2015, vol.39, no.104, p.197-209.

TATAGIBA, L. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (Org.). Sociedade civil e espaços públicos no Brasil. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

TABOSA, F. J. S., MAYORGA, R. D. , AMARAL FILHO, J. , KHAN, A. S. . Análise de Capital Social e Qualidade de Vida da População Rural: um estudo de caso no município de Itarema, Estado do Ceará. **Revista de Economia (Curitiba)**, v. 36, p. 49-66, n. 2010.

TORRES, M. D. de F. (2007). **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Reimpressão. Rio de Janeiro: Editora FGV.

WENDHAUSEN, Águeda L. P., BARBOSA, Tatiane Muniz; BORBA, Maria Clara de Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Rev Saude soc.**, Dez 2006, vol.15, no.3, p.131-144. ISSN 0104-1290

WOLLCOCK, M. The Place of Social Capital in understanding Social e Economic outcomes". **Canadian Journal of Policy Research**, 2001.

_____. Social capital and economic development: Toward a theoretical synthesis and policy framework. **Theory and Society**.v.27, n.2, p.151-208,1998.

WOOLCOCK, M.; NARAYAN, D. Social capital: implications for development theory, research.; CLARKIN, N.; COX, T.; GRIFFI, T.H.S.A. Guidance on the prevention of violence at work. Bruxelles, Commission européenne, 1997. In: Happell D, Di Martino V. La violence au travail. Genève: Bureau international du travail, 2000.

WOOLCOCK, Michael. Managing Risk, Shocks and Opportunity in Developing Economies: The Role of Social Capital. In: RANIS, Gustav. Dimensions of Development. New Haven, CT: Yale Center for International and Area Studies, 1999.

YOUNG, I. M. Representação política, identidade e minorias. Lua Nova, São Paulo, n. 67,p. 139190, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

APÊNDICE A - Questionário

Bloco I – Grupos e Redes	
1. Grupos que você pertence, além do conselho de Saúde: 1.1 () Cooperativa agrícola/de pescadores 1.2 () Associação de Moradores 1.4 () ONG/grupo cívico (ex. Rotary Club, Cruz Vermelha) 1.5 () Sindicato dos comerciantes ou dos trabalhadores	1.3 () Partido Político 1.4 () Cruz Vermelha
2. Descreva sua participação nas decisões desse grupo: 2.1 () Líder 2.2 () Muito ativo 2.3 () Relativamente ativo 2.4 () Não participa das decisões	
3. Maior benefício de se fazer parte do CMS: 3.1 () Melhora o acesso a serviços 3.2 () Beneficia a comunidade 3.4 () É importante em situações de emergência/no futuro 3.5 () Espiritual, posição social, autoestima	3.3 () Prazer/Diversão
4. Dias dedicados em média por mês ao conselho de saúde: 5.1 () 0 a 4 dias 5.2 () 5 a 7 dias 5.3 () 8 a 12 dias 5.4 () Mais de 12 dias	
5. A composição dos membros do CMS ocorre: 4.1 () Por eleições 4.2 () Entidades predefinidas 4.3 () Processo seletivo Indicação de autoridade 4.4 () Cada conselheiro escolhe o(a) seu/sua sucessor(a)	
6. Tempo que você já atua no CMS: 6.1 () Menos de 1 ano 6.2 () 1 a 3 anos 6.3 () 4 a 6 anos 6.4 () 7 a 10 anos 6.5 () Mais de 10 anos	
7. Qual o grupo você representa no CMS: 7.1 () Entidades da sociedade civil 7.2 () Governos ou órgãos públicos 7.3 () Empresas/grupos privados	

Bloco II – Ação Coletiva e Cooperação	
8. Você atua junto com os membros do CMS para realização de objetivos comuns: 8.1 () Raramente 8.2 () Às vezes 8.3 () Com frequência 8.4 () Sempre	
9. Número de membros do CMS que contribuem para obter objetivos comuns: 9.1 () Todos 9.2 () Mais da metade 9.3 () Cerca da metade 9.4 () Menos da metade	
10. Como você identifica o interesse de ser conselheiro dos demais representantes do CMS: 10.1 () Prevalece o interesse individual 10.2 () Todos se interessam em contribuir para trazer melhorias para a saúde e isso é importante. 10.3 () Há interesse político, pois a maioria dos conselheiros tem interesses próprios (querem se dá bem; os interesses são divididos).	
11. O seu interesse prioritário em ser conselheiro no CMS: 11.1 () Nenhum interesse específico, sigo apenas minhas convicções pessoais 11.2 () Interesses da minha instituição 11.3 () Interesses do meu setor 11.4 () Interesses dos movimentos organizados em função de temas ou problemas específicos 11.5 () Interesses de toda a coletividade	
12. Leva a pauta do CMS para ser discutida previamente com sua base de apoio: 12.1 () Raramente 12.2 () Às vezes 12.3 () Com frequência 12.4 () Sempre	
13. Contato com a base de apoio para definir posição: 13.1 () Raramente 13.2 () Às vezes 13.3 () Com frequência 13.4 () Sempre	
14. Contato com a base de apoio para relatar deliberações: 14.1 () Raramente 14.2 () Às vezes 14.3 () Com frequência 14.4 () Sempre	
15. Contato com a base de apoio para prestar contas: 15.1 () Raramente 15.2 () Às vezes 15.3 () Com frequência 15.4 () Sempre	16.
Contato com a base de apoio para construir articulações: 16.1 () Raramente 16.2 () Às vezes 16.3 () Com frequência 16.4 () Sempre	
17. Formas de contato com a base de apoio: 17.1 () E-mail 17.2 () Reuniões presenciais 17.3 () Redes Sociais (whatsapp, Facebook) 17.4 () Memorando/ofício 17.5 () Blog/ Site	

Bloco III – Autoridade ou capacitação (Empowerment) e Ação Política	
18. Escolaridade: 18.1 () Ensino Fundamental 18.2 () Ensino Médio 18.3 () Superior incompleto 18.4 () Superior Completo 18.5 () Pós-graduação	
19. Sua faixa etária: 19.1 () De 18 a 30 anos 19.2 () De 31 a 40 anos 19.3 () De 41 a 60 anos 19.4 () Mais de 60 anos	
20. Seu nível de compreensão da linguagem utilizada nas reuniões: 20.1 () Não compreendo as vezes 20.2 () Sim, parcialmente 20.3 () Sim, plenamente	
21. Seu nível de compreensão dos assuntos tratados no CMS: 21.1 () Não compreendo as vezes 21.2 () Sim, parcialmente 21.3 () Sim, plenamente	
23. Você confere se as decisões do CMS são efetivadas pela secretaria municipal: 23.1 () Raramente 23.2 () Às vezes 23.3 () Com frequência 23.4 () Sempre	
24. Como você ver sua participação nas atividades do CMS: 24.1 () Participativo 24.2 () Não participa das decisões 24.3 () Muito participativo 24.4 () Relativamente participativo	
25. O papel do conselho para o fortalecimento da democracia: 25.1 () Inserção em um sistema de políticas públicas 25.2 () Controle social 25.3 () Própria existência do conselho 25.4 () Diálogo entre governo e sociedade civil	
26. Influência da atuação do CMS sobre a Câmara Municipal: 26.1 () Muito significativa 26.2 () Significativa 26.3 () Pouco significativa 26.4 () Não tem influência	

22. Sua capacidade de influenciar as decisões do CMS:		39. Sua avaliação da forma de escolha dos conselheiros nas entidades:	
22.1 () Muita força	22.2 () Pouca força	39.1 () Muito satisfatória	39.2 () Satisfatória
22.3 () Média força	22.4 () Nenhuma força	39.3 () Pouco satisfatória	39.4 () Insatisfatória
27. Influência da atuação do CMS sobre a Política Pública da Secretaria Municipal de Saúde:		40. Sua avaliação da forma de escolha das entidades presentes no CMS:	
27.1 () Muito significativa	27.2 () Significativa	40.1 () Muito satisfatória	40.2 () Satisfatória
27.3 () Pouco significativa	27.4 () Não tem influência	40.3 () Pouco satisfatória	40.4 () Insatisfatória
28. Influência da atuação do CMS sobre a Política Públicas de outras Secretarias Municipais:		41. Sua avaliação do número de conselheiros do CMS:	
28.1 () Muito significativa	28.2 () Significativa	41.1 () Muito satisfatória	41.2 () Satisfatória
28.3 () Pouco significativa	28.4 () Não tem influência	41.3 () Pouco satisfatória	41.4 () Insatisfatória
29. Influência da atuação do CMS sobre as Iniciativas da sociedade civil:		42. Sua avaliação da Relação de confiança para objetivos comuns entre os conselheiros:	
29.1 () Muito significativa	29.2 () Significativa	42.1 () Muito satisfatória	42.2 () Satisfatória
29.3 () Pouco significativa	29.4 () Não tem influência	42.3 () Pouco satisfatória	42.4 () Insatisfatória
30. Influência da atuação do CMS sobre Empresas e grupos privados da Saúde:		43. A maioria dos conselheiros estão dispostos a ajudar para realização de objetivos comuns:	
30.1 () Muito significativa	30.2 () Significativa	43.1 () Muito satisfatória	43.2 () Satisfatória
30.3 () Pouco significativa	30.4 () Não tem influência	43.3 () Pouco satisfatória	43.4 () Insatisfatória
31. Influência da atuação do CMS sobre Percepção da opinião pública sobre a saúde:		44. Antecedência da pauta do CMS precisa melhorar:	
31.1 () Muito significativa	31.2 () Significativa	44.1 () Não	44.2 () Sim, parcialmente
31.3 () Pouco significativa	31.4 () Não tem influência	44.3 () Sim, plenamente	
32. Sua avaliação da capacidade de incidência política do CMS:		45. Orçamento do CMS precisa melhorar:	
	Forte Fraco	45.1 () Não	45.2 () Sim, parcialmente
32.1. Caráter deliberativo	() ()	45.3 () Sim, plenamente	
32.2 Proposição de políticas	() ()	46. Precisa aumentar a frequência das reuniões do CMS:	
32.3 Acompanhamento de políticas	() ()	46.1 () Não	46.2 () Sim, parcialmente
32.4 Implementação de políticas	() ()	46.3 () Sim, plenamente	
32.5 Agendamento e pressão políticas	() ()	47. Precisa Otimizar do Trabalho das Comissões:	
32.6 Autonomia	() ()	47.1 () Não	47.2 () Sim, parcialmente
		47.3 () Sim, plenamente	
33. Sua avaliação da capacidade de articulação do CMS:		48. Precisa Melhorar a secretaria executiva:	
	Forte Fraco	48.1 () Não	48.2 () Sim, parcialmente
33.1. Entre os segmentos	() ()	48.3 () Sim, plenamente	
33.2. Com outros órgãos	() ()	49. Precisa Reduzir a burocracia:	
33.3. Com conselhos de outras áreas	() ()	49.1 () Não	49.2 () Sim, parcialmente
33.4. Com governos Municipal/Estadual	() ()	49.3 () Sim, plenamente	
33.5. Com a sociedade civil fora do conselho	() ()	50. Precisa de mais tempo de discussão das pautas:	
33.6. Com conferências	() ()	50.1 () Não	50.2 () Sim, parcialmente
		50.3 () Sim, plenamente	
34. Sua avaliação da Presidência do CMS:		51. Sobre a Qualidade do debate que aspecto precisa ser melhorado prioritariamente:	
34.1 () Muito satisfatória	34.2 () Satisfatória	51.1 () A discussão é restrita	
34.3 () Pouco satisfatória	34.4 () Insatisfatória	51.2 () Há disputas internas	
35. Sua avaliação da Secretaria executiva:		51.3 () Necessita melhorar a metodologia	
35.1 () Muito satisfatória	35.2 () Satisfatória	51.4 () Há problemas com o regimento interno	
35.3 () Pouco satisfatória	35.4 () Insatisfatória	51.5 () Necessita definir prioridade	
36. Sua avaliação das Plenárias:		52. Quais das Sugestões de melhoria você recomendaria para uma atuação mais efetiva do CMS:	
36.1 () Muito satisfatória	36.2 () Satisfatória	52.1 () Fortalecer práticas democráticas no interior do conselho	
36.3 () Pouco satisfatória	36.4 () Insatisfatória	52.2 () Modificações nas regras (Regimento) do conselho	
37. Sua avaliação das Comissões temáticas:		52.3 () Ligação entre o CMS e outros conselhos	
37.1 () Muito satisfatória	37.2 () Satisfatória	52.4 () Criar meios para potencializar a articulação entre segmentos no âmbito do conselho e fora deste	
37.3 () Pouco satisfatória	37.4 () Insatisfatória	52.5 () Aperfeiçoamento das reuniões	
38. Avaliação dos Meios de comunicação/ divulgação do CMS:		52.6 () Necessidade de formação/capacitação de conselheiros	
38.1 () Muito satisfatória		52.7 () Diminuir disputas internas	
38.2 () Satisfatória		52.8 () Publicidade ao trabalho do conselho	
38.3 () Pouco satisfatória		52. Dos itens a baixo qual o CMS precisa melhorar mais para ter uma atuação mais efetiva	
38.4 () Insatisfatória		52.1 () Fortalecimento da democracia	
		52.2 () Representatividade	
		52.3 () Articulações	
		52.4 () Estrutura organizacional/qualidade das discussões	

APÊNDICE B – TABELAS DO BLOCO III, NÃO USADAS NO CAPÍTULO 5.

Representantes	Muito satisfatória	Satisfatória	Pouco satisfatória	Insatisfatória	Total
Usuários do serviço de saúde	8	8	3	2	21
Governos	3	2	0	1	6

Tabela 35: distribuição (em unid.) Da opinião de como os membros do conselho municipal de saúde avaliam a presidência do cms, por intensidade, segundo a amostra, nos municípios de bragança-pa, breves-pa e cameté -pa, 2017.

Fonte: dados da pesquisa.

Representantes	Muito satisfatória	Satisfatória	Pouco satisfatória	Insatisfatória	Nenhuma das respostas anteriores	Total
Usuários do serviço de saúde	4	7	8	1	1	21
Governos	3	2	0	1	0	6

Tabela 36: distribuição (em unid.) Da opinião de como os membros do conselho municipal de saúde avaliam a secretaria executiva, por intensidade, segundo a amostra, nos municípios de bragança-pa, breves-pa e cameté -pa, 2017.

fonte: dados da pesquisa.

Representantes	Muito satisfatória	Satisfatória	Pouco satisfatória	Insatisfatória	Total
Usuários do serviço de saúde	4	12	4	1	21
Governos	1	4	0	1	6

Tabela 37: distribuição (em unid.) Da opinião de como os membros do conselho municipal de saúde avaliam a plenárias, por intensidade, segundo a amostra, nos municípios de bragança-pa, breves-pa e cameté -pa, 2017.

fonte: dados da pesquisa.

Representantes	Muito satisfatória	Satisfatória	Pouco satisfatória	Insatisfatória	Total
Usuários do serviço de saúde	4	12	4	1	21
Governos	1	4	0	1	6

Tabela 38: distribuição (em unid.) Da opinião de como os membros do conselho municipal de saúde avaliam as comissões temáticas, por intensidade, segundo a amostra, nos municípios de bragança-pa, breves-pa e cameté -pa, 2017.

fonte: dados da pesquisa.

Representantes	Muito satisfatória	Satisfatória	Pouco satisfatória	Insatisfatória	Total
Usuários do serviço de saúde	4	16	1	0	21
Governos	2	3	1	0	6

Tabela 40: distribuição (em unid.) Da opinião de como os membros do conselho municipal de saúde avaliam a forma de escolha dos conselheiros nas entidades, por intensidade, segundo a amostra, nos municípios de bragança-pa, breves-pa e cametá -pa, 2017.

fonte: dados da pesquisa.

Representantes	Muito satisfatória	Satisfatória	Pouco satisfatória	Insatisfatória	Total
Usuários do serviço de saúde	4	11	5	1	21
Governos	2	3	1	0	6

Tabela 41: distribuição (em unid.) Da opinião de como os membros do conselho municipal de saúde avaliam a forma de escolha das entidades presentes no cms, por intensidade, segundo a amostra, nos municípios de bragança-pa, breves-pa e cametá -pa, 2017.

fonte: dados da pesquisa.

Representantes	Não	Sim, parcialmente	Sim, plenamente	Total
Usuários do serviço de saúde	2	12	7	21
Governos	1	5	0	6

Tabela 45: distribuição (em unid.) Da opinião dos integrantes do conselho municipal de saúde de que há necessidade de melhoria sobre a antecedência da pauta, por intensidade, segundo a amostra, nos municípios de bragança-pa, breves-pa e cametá -pa, 2017.

Fonte: dados da pesquisa.

Representantes	Não	Sim, parcialmente	Sim, plenamente	Total
Usuários do serviço de saúde	1	4	16	21
Governos	0	4	2	6

Tabela 46: distribuição (em unid.) Da opinião dos integrantes do conselho municipal de saúde de que se há necessidade de melhorar o orçamento do cms, segundo a amostra, nos municípios de bragança-pa, breves-pa e cametá -pa, 2017.

fonte: dados da pesquisa.

Representantes	Não	Sim, parcialmente	Sim, plenamente	Total
Usuários do serviço de saúde	7	9	5	21
Governos	3	2	1	6

Tabela 46: distribuição (em unid.) Da opinião dos integrantes do conselho municipal de saúde de que se há necessidade de aumentar a frequência das reuniões do cms segundo a amostra, nos municípios de bragança-pa, breves-pa e cameté -pa, 2017.

fonte: dados da pesquisa.

Representantes	Não	Sim, parcialmente	Sim, plenamente	Nenhuma das respostas anteriores	Total
Usuários do serviço de saúde	2	8	10	1	21
Governos	0	4	2	0	6

Tabela 47: distribuição (em unid.) Da opinião dos integrantes do conselho municipal de saúde de que “se há necessidade de otimizar o trabalho das comissões?”, por intensidade, segundo a amostra, nos municípios de bragança-pa, breves-pa e cameté -pa, 2017.

fonte: dados da pesquisa.

Representantes	Não	Sim, parcialmente	Sim, plenamente	Total
Usuários do serviço de saúde	4	8	9	21
Governos	4	1	1	6

Tabela 48: distribuição (em unid.) Da opinião dos integrantes do conselho municipal de saúde de que “se há necessidade de melhoria da secretaria executiva?”, por intensidade, segundo a amostra, nos municípios de bragança-pa, breves-pa e cameté -pa, 2017.

fonte: dados da pesquisa.

Representantes	Não	Sim, parcialmente	Sim, plenamente	Nenhuma das respostas anteriores	Total
Usuários do serviço de saúde	1	11	8	1	21
Governos	2	3	1	0	6

Tabela 49: distribuição (em unid.) Da opinião dos integrantes do conselho municipal de saúde de que “se há necessidade de redução de burocracia”, por intensidade, segundo a amostra, nos municípios de bragança-pa, breves-pa e cameté -pa, 2017.

fonte: dados da pesquisa.

Representantes	Não	Sim, parcialmente	Sim, plenamente	total
Usuários do serviço de saúde	4	12	5	21
Governos	3	2	1	6

Tabela 50: distribuição (em unid.) Da opinião dos integrantes do conselho municipal de saúde de que se há necessidade de tempo maior para discussão das pautas", por intensidade, segundo a amostra, nos municípios de bragança-pa, breves-pa e cameté -pa, 2017.

fonte: dados da pesquisa.

APENDICE C – CARTA DE APRESENTAÇÃO

UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Belém, 05 de janeiro de 2016.

Ao Conselho Municipal de Saúde de São Miguel do Guamá – PA

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Pelo presente, apresentamos o discente do Mestrado em Administração da Universidade da Amazônia – UNAMA, Diogo Willavian Maciel Dantas, que está desenvolvendo a dissertação intitulada “A ATUAÇÃO DO CONSELHO DE SAÚDE E SUAS INFLUÊNCIAS NA GESTÃO DA SAÚDE: Objeto de análise, municípios das Mesorregiões do Estado do Pará.”, sob a orientação do professor, Dr. Milton Cordeiro Farias Filho.

Nestes termos, pedimos o apoio deste conselho na disponibilização de dados e informações para o desenvolvimento do referido trabalho, sendo este fundamental para o êxito da atividade do discente, os quais solicitamos os seguintes documentos:

- I Regimento do Conselho Municipal de Saúde.
- I Cópia das últimas 3 (três) atas das reuniões do Conselho.
- I Cópia das últimas 3 (três) pautas das reuniões do Conselho.

Vale frisar que o discente se compromete a entregar uma cópia do trabalho ao Conselho, cujos resultados podem subsidiar tomada de decisão desta renomada instituição.

Certos de contarmos com seu valoroso apoio, desde já agradecemos subscrevendo-nos abaixo.

Cordialmente,

Diogo Willavian Maciel Dantas

Mestrando em Administração

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Administração - PPAD
UNAMA “Campus” Alcindo Cacela — PPAD - Bloco C — 2º andar Av. Alcindo Cacela, 287 —
Umarizal. CEP. 66060-902 - Belém/PA Site: <http://www.unama.br/ppad/> Tel.:(91) 4009-3020

SOBRE O AUTOR

DIOGO WILLAVIAN MACIEL DANTAS - Doutorando Profissional em Ciências Contábeis e Administração pela FUCAPE Business School, possui graduação em Administração pela Universidade Federal do Pará (2011), graduação em Ciências Contábeis pela Universidade Federal do Pará (2018), Especialização em Gestão Financeira Empresarial (2012) pela Universidade Federal do Pará e mestrado em Administração pela Universidade da Amazônia (2017). Atualmente é professor da Escola Superior Madre Celeste, tutor à distancia e Administrador da Universidade Federal do Pará a partir de 2019 e foi administrador do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará no período de 2014 a 2019. Tem experiência na área de Administração e Contabilidade.

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

AS AÇÕES DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS PARAENSES NA PERSPECTIVA DO CAPITAL SOCIAL

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

AS AÇÕES DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS PARAENSES NA PERSPECTIVA DO CAPITAL SOCIAL