



Desenvolvimento em Questão

ISSN: 1678-4855

davidbasso@unijui.edu.br

Universidade Regional do Noroeste do  
Estado do Rio Grande do Sul  
Brasil

de Jesus Lopes, Bruno; Arlindo Silva, Edson; Martins, Simone  
Conselho de Políticas e Participação. Aspectos do Funcionamento do Conselho Municipal  
de Saúde de Belo Horizonte–MG  
Desenvolvimento em Questão, vol. 14, núm. 35, julio-septiembre, 2016, pp. 207-242  
Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul  
Ijuí, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=75246032008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Conselho de Políticas e Participação

Aspectos do Funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – MG

Bruno de Jesus Lopes<sup>1</sup>

Edson Arlindo Silva<sup>2</sup>

Simone Martins<sup>3</sup>

### Resumo

Os Conselhos de Saúde (CS) foram reconhecidos no Brasil como espaços para interação da sociedade com o Estado nas decisões políticas sobre o Sistema Único de Saúde. A construção deste espaço pode ser compreendida como uma conquista da sociedade representando um contrapeso às formas de decisão centradas no governo. Com a institucionalização do Conselho, começa a existir a possibilidade de inserção da sociedade nas discussões em torno de políticas públicas. Partindo deste contexto, esta pesquisa teve como objetivo central conhecer o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte com base nas Atas das Plenárias do Conselho, na Resolução 333 de 2003 e no Regimento Interno do Conselho. O método de análise de dados utilizado para este trabalho foi a análise documental, quando foram estudadas as atas das plenárias do Conselho de 2004 a 2012 e a Análise de Conteúdo. Como resultado, pode ser destacado o adequado funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no entanto com baixo envolvimento dos representantes do Estado nos processos de tomadas de decisão, o que pode prejudicar o alcance do objetivo do Conselho que é a livre-tomada de decisão pública.

**Palavras-chave:** Democracia deliberativa. Conselhos de políticas públicas. Conselho de saúde.

<sup>1</sup> Doutorando em Extensão Rural pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), Mestre em Administração pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Bacharel em Administração pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). bruno.adm2008@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Doutor em Administração pela Universidade Federal de Lavras (Ufla). Professor da Universidade Federal de Viçosa (UFV). edsonsilva@ufv.br

<sup>3</sup> Doutoranda em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre em Administração pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Professora da Universidade Federal de Viçosa (UFV). simmone.martins@gmail.com

## **POLICY COUNCIL AND PARTICIPATION: OPERATION ASPECTS OF HEALTH MUNICIPAL COUNCIL OF BELO HORIZONTE-MG**

### **Abstract**

---

The Councils of Health (CH) were recognized in Brazil as spaces for interaction between society and the state in political decisions on the Unified Health System. The construction of this space can be understood as an achievement of society representing a counterbalance to the forms of decision centered on the government. With the council institutionalization it begins the possibility to insert the society in discussions around public policy. From this context, this research had as main objective to know the functioning of the Belo Horizonte Health Municipal Council based on the minutes of the plenary of the Council, in Resolution 333 of 2003 and the bylaws of the board. From this context, this research had as main objective to know the functioning of the Belo Horizonte Health Municipal Council based on the minutes of the plenary of the Council, in Resolution 333 of 2003 and Internal Regulations of the board. The data analysis method used for this work was documentary analysis, it was studied the minutes of the Council plenary to 2004 to 2012 and the Content Analysis. As a result, can be featured the proper functioning of the Belo Horizonte Health Council, however, with low involvement of state officials in decision-making processes which could affect the scope of the board's goal is to free outlet public decision.

**Keywords:** Deliberative democracy. Public policy councils. Health council.

A criação dos Conselhos de Políticas Públicas no Brasil pode ser considerada o marco da institucionalização da participação cívica no processo democrático brasileiro, no qual a sociedade deixou de ser considerada apenas expectadora das tomadas de decisão por parte do Estado, atuando em várias situações como protagonista da agenda política.

Até o início da década de 90 a formulação das políticas públicas brasileiras, por seguir modelos burocráticos e gerenciais de administração, era realizada, apenas, de forma centralizada na figura dos governantes, sendo as principais deliberações sobre o bem comum discutidas pelos representantes eleitos pelo povo nos períodos democráticos, ou no poder dos governantes nos tempos ditatoriais.

Com a Constituição de 1988, a predominância deste modelo foi reduzida, uma vez que a referida Carta Magna acrescentou nas diretrizes nacionais aspectos sobre a descentralização administrativa e a participação da sociedade em diversos setores da esfera pública.

Em relação à descentralização, os municípios ganharam maior autonomia ao se tornarem entes federativos do Estado responsabilizando-se pela gestão dos inúmeros programas existentes, assim como por apresentar soluções para os mesmos. Sobre a participação, abriu-se a oportunidade de as pessoas participarem da gestão municipal como conselheiros de políticas públicas (Avritzer, 2007).

Esse novo quadro possui como principais precursores os setores de saúde e de assistência social, servindo como norte para orientar a normatização de conselhos em diversos segmentos da administração pública, como na proteção social e na preservação de patrimônio público, cultural e ambiental.

Atrelado a um modelo democrático representativo, a experiência dos Conselhos Municipais se aproxima de uma vertente teórica denominada Democracia Deliberativa. Diferente do modelo liberal de democracia em que o predomínio se dá no individualismo e na mínima intervenção do Estado e do modelo republicano com uma maior atuação do poder soberano e

maior coletividade, o modelo de democracia deliberativa busca, por meio da comunicação racional de todos os atores sociais que desejam, a possibilidade de participar do processo decisório nas políticas públicas (Habermas, 1995; Cohen, 2009).

Essa forma de participação permite à sociedade tornar-se membro efetivo na agenda de políticas públicas em um espaço híbrido, posto que os Conselhos são formados a partir da interação da população com os representantes do Estado.

Na área da saúde, foco deste estudo, para que os Conselhos cumpram seu papel institucional tanto na formulação, controle e avaliação de políticas quanto na fiscalização da gestão da saúde, a consolidação de normas e diretrizes legitimamente constituídas são necessárias. Neste sentido, a Lei 8.142 de 1990 e a Resolução 453 de 2012, em substituição à Resolução 333 de 2003, regem o funcionamento deste espaço traçando as principais atribuições, competências e regulamentações para seu funcionamento.

Nestes termos, os Conselhos de Saúde tornaram-se, para a administração brasileira, teoricamente, instrumentos efetivos de transformação política e de participação cívica, quando a possibilidade do compartilhamento da gestão faz dele um espaço carregado de poder e autonomia no processo decisório (Gohn, 2004).

Dentre os principais assuntos que constam no rol de pesquisa destes estudiosos, encontram-se questões como as características paternalistas do Estado brasileiro no interior dos Conselhos, a fragilidade e a baixa cultura associativa formada no país, resistências dos atores sociais envolvidos e baixa legitimação do governo local em relação a este espaço democrático, dentre outros temas (Coelho, 2004).

Nestes aspectos, objetivou-se neste artigo conhecer o funcionamento de um Conselho Municipal de Saúde, descrevendo parâmetros, como a participação dos conselheiros e a atuação da instituição. A metodologia

utilizada foi a análise de conteúdo das Atas das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias pautadas sobre as diretrizes que regem o funcionamento do Conselho.

Para este estudo foi analisado o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS-BH), um dos primeiros Conselhos legalmente constituído no Estado. Tal escolha se deu principalmente pelo pioneirismo e pela estrutura desse Conselho em Belo Horizonte, que engloba Conselhos Distritais, Comissões e outras Entidades que formam uma rede participativa ligada ao CMS/BH. A próxima seção deste estudo apresentará um recorte teórico composto das principais literaturas sobre o tema pesquisado para melhor compreensão dos resultados.

## **Marco Teórico**

### ***A Sociedade nas Políticas Públicas***

Nos últimos anos, diferentes formas de participação têm sido inseridas na estrutura política brasileira nos diversos setores da administração pública, seja na forma de Conselhos de políticas públicas, orçamentos participativos, comitês ou plano diretores.

De acordo com Brugué (2009), a inserção da sociedade civil na vida política, além das formas de representação existentes, tem partido de um reconhecimento da crescente complexidade da sociedade e da diversidade dos problemas que se encontram apenas nas mãos dos governantes. Gohn (2004) afirma que a abertura para a participação cívica não parte de uma visão do Estado de uma sociedade plural e de difícil entendimento, mas de uma conquista por parte da população de uma nova forma de participação. Este reconhecimento

significou a construção de um outro referencial para o imaginário político nacional, fundado na crença de que a sociedade civil deveria se mobilizar e se organizar para alterar o *status quo* no plano estatal, dominado pelos militares e por um regime não democrático com políticas públicas que privilegiavam o grande capital, considerando apenas as demandas de parcelas das camadas médias e altas da população que alavancavam o processo de acumulação das emergentes indústrias filiais das empresas multinacionais. Este cenário estimulou o surgimento de inúmeras práticas coletivas no interior da sociedade civil, voltadas para a reivindicação de bens, serviços e direitos sociopolíticos, negados pelo regime político vigente (Gohn, 2004, p. 21).

As participações da sociedade em espaços deliberativos como os Conselhos de Políticas Públicas, avançam sobre procedimentos formais de democracia como o modelo representativo, no qual a sociedade se envolve na vida política apenas para a eleição. De acordo com Gugliano (2004), pelo menos três dimensões enriquecem o processo democrático representativo com a participação cívica.

A primeira dimensão é a da participação, do envolvimento dos cidadãos com a coisa pública. Rompendo com uma concepção tecnoburocrática de administração, a ideia de que os cidadãos devem ultrapassar a sua condição de eleitores para envolver-se no cotidiano da elaboração, execução e controle das políticas públicas revoluciona a ideia tradicional do Estado enquanto máquina burocrática e retoma a possibilidade de obtenção de legitimidade política através de novos canais de representação popular. A segunda é a ênfase na deliberação pública. Algo que interfere nas formas através das quais o governo elabora e executa suas políticas, assim como nas características que o Estado deve assumir para adequar-se a este modelo de gestão. Finalmente, a terceira é a valorização dos aspectos qualitativos do processo democrático, incorporando à questão dos procedimentos uma nova ênfase centrada na qualidade com a qual estes vêm sendo executados (Gugliano, 2004, p. 275).

Para Bobbio (1997), esses aspectos referentes à participação representam, de certa forma, uma mudança na orientação política que deixa de ser predominantemente *top-down* (de cima para baixo, do Estado para a sociedade) ao se aproximar de um modelo *bottom-up* (de baixo para cima, da sociedade para o Estado).

Este cenário, apesar de estar compreendido dentro da história brasileira pelos fóruns e conferências que discutiram variados temas da política nacional, até mesmo em momentos em que a democracia não se fazia presente, segundo Avritzer (2010), no Brasil, a maior participação se deu a partir da Constituição Federal de 1988, com a possibilidade da participação da sociedade civil em decisões envolvendo políticas públicas, como as da assistência social e de saúde.

## ***Políticas Públicas***

Os Conselhos Municipais de Saúde são instituições democráticas participativas que possuem, além de um papel fiscalizador, um envolvimento institucionalizado nas discussões e decisões das políticas públicas de saúde nos municípios. Desse modo, busca-se, nessa seção, descrever alguns conceitos sobre o ciclo de políticas públicas para melhor compreender as possibilidades do Conselho como participante ativo desse processo democrático.

De acordo com Frey (2000), ao subdividir o agir público em fases parciais do processo político-administrativo de resolução de problemas, o “*Policy Cycle*” acaba revelando-se um modelo dotado de um conjunto de regras e métodos que levam a descobertas, inovações e à resolução de problemas. Esse termo, segundo Souza (2006), é composto por um ciclo deliberativo formado por vários estágios em um processo dinâmico e de aprendizado.

Frey (2000) propõe uma divisão do ciclo que contemple aspectos mais específicos, acrescentando as fases a seguir destacadas: i) percepção e definição de problemas (*Agenda-Setting*); ii) elaboração de programas e decisão; iii) implementação de políticas, e iv) avaliação de políticas e eventual correção da ação.

Em relação à *Agenda-Setting*, é nesta fase que um problema identificado por grupos da sociedade ou por agentes políticos é colocado como prioridade ou não na agenda política para discussão de ações e formulação de programas.

Na fase de Elaboração de Programas e Decisão é preciso escolher a mais apropriada entre as várias alternativas de ação que foram propostas durante o debate. Segundo Frey (2000), normalmente precedem ao ato de decisão, processos de conflitos e de acordos entre os agentes participantes do processo, além dos grupos de interesse.

Quanto à fase de Implementação da Política, pode ser compreendida como o conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores.

Sobre a fase de Avaliação de Política, Frey (2000) a compreende como aquela em que se apreciam os programas já instituídos no tocante a seus impactos efetivos. A avaliação ou o controle de impacto podem levar à suspensão ou ao fim do ciclo político ou, caso contrário, ao início de um novo ciclo, ou seja, a uma nova fase de percepção de problemas. A fase de avaliação é imprescindível para o desenvolvimento e adaptação contínua das formas e instrumentos de ação pública, ou seja, como “aprendizagem política” (Prittwitz, 1994).

Na etapa da avaliação chega-se a um dos pontos mais críticos do processo, pois diversos mecanismos existentes para tal não alcançam a plenitude para definir se uma diretriz estruturada está atingindo ou não os objetivos para os quais foi elaborada. Esse fato é o principal resultado da ausência de uma sistematização dos entes federativos para mensuração dos resultados que as ações governamentais desempenham localmente. De acordo com Ala-Harja e Helgason (2000), a avaliação contínua da eficácia, principalmente no que diz respeito à focalização aos beneficiários das ações desempenhadas pelas intervenções governamentais, seria uma das prioridades a serem adotadas

para as reformas do setor público. De acordo com o que foi apresentado, cabe destacar que a participação e a interação entre os atores sociais envolvidos na formulação e na efetivação de Políticas Públicas são de grande importância para o processo.

Dessa forma, para se obter um grau cada vez maior de políticas que atendam às variadas demandas da sociedade, todos aqueles que sofrerão com as mudanças advindas da consolidação da política, que desejem participar, podem o fazer nos Conselhos Municipais, assim como em outros espaços de deliberação pública.

### ***Marco Analítico***

Os Conselhos de Políticas Públicas permitem uma forma democrática que se estende não apenas na figura de representantes políticos, considerando os membros da sociedade civil como agentes ativos neste desenho institucional. De acordo com Martins, Ckagnazaroff e Lage (2012), os Conselhos de Políticas Públicas na área da saúde foram criados como mecanismos representativos para a participação dos membros da sociedade, trabalhadores no setor da saúde, prestadores de serviço e gestores.

Os Conselhos, como canais institucionalizados de participação, podem reconfigurar as relações entre Estado e sociedade, estabelecendo uma modalidade de controle público sobre as ações governamentais e uma “corresponsabilização” quanto ao desenho, monitoramento e avaliação das políticas públicas. Desse modo, segundo Carneiro (2006), os Conselhos se distinguem de outros movimentos e de manifestações da sociedade civil porque sua estrutura é legalmente definida e institucionalizada, e sua existência se dá em uma atuação conjunta ao Estado na elaboração e gestão de políticas sociais.

Assim, para que o Conselho consiga alcançar seus objetivos e o desenho institucional esteja devidamente delineado, preceitos normativos cercam esse espaço com apontamentos relativos ao seu funcionamento,

organização e competências. No âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde, as principais normas existentes são: a Lei 8.142 de 1990, que cria os Conselhos; a Resolução 453 de 2012, que descreve as principais diretrizes, além do Regimento Interno do Conselho.

Vale destacar que a referida Resolução ainda é recente para os Conselhos, sendo a 333 de 2003 a Resolução vigente no Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte no período que se objetivou estudar, de 2004 a 2012. Em virtude deste fato, as normas utilizadas como referência neste estudo relacionam-se à Resolução 333 de 2003.

A Resolução 333 é dividida em cinco diretrizes, sendo a primeira a definição do Conselho como órgão deliberativo e permanente do SUS em cada esfera do governo; a segunda diretriz se refere à criação e reformulação do Conselho. Nas três últimas, uma diz respeito a sua organização, outra à estrutura e funcionamento, e a última às competências do Conselho.

O capítulo terceiro da Resolução 333: “Da Organização dos Conselhos de Saúde”, apresenta a forma de representatividade dos membros, ou seja, quantos conselheiros e de quais áreas farão parte da instituição. Reafirma também a importância dos usuários do SUS no espaço deliberativo, posto que 50% dos membros devem ser representantes da sociedade civil. Os outros 50% são representantes de entidades de trabalhadores de saúde (25%) e membros do governo e prestadores de serviço na área da saúde (25%). Cada Conselho deve definir em seu regimento o número de representantes. No de Belo Horizonte são 72 conselheiros, sendo 36 efetivos e 36 conselheiros suplentes.

Em relação aos conselheiros suplentes, estes podem participar de todas as comissões do Conselho como se fossem efetivos e de todas as plenárias com direito apenas à palavra nas discussões, no entanto o poder de voto se torna válido na ausência dos conselheiros efetivos.

Um ponto a ser destacado nesta diretriz é o item VII: “a participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os poderes” (Brasil, 2003, p. 6). Esta passagem

confirma o papel do Conselho nas políticas públicas de saúde, uma vez que o garante como um espaço carregado de poder e com autonomia em sua atuação.

Sobre a estrutura e funcionamento do Conselho, a diretriz que trata desse assunto procura confirmar o dever do governo ante o Conselho, que é garantir a referida autonomia do espaço deliberativo para o seu pleno funcionamento. Além disso, cita a necessidade de um quórum mínimo para que ocorra a deliberação e a forma de participação na gestão da saúde. De acordo com a norma, essa deve ser feita por meio de resoluções, recomendações, moções, dentre outras formas, sendo o gestor obrigado a homologar ou dar algum retorno ao Conselho em, pelo menos, 30 dias.

Por último, as competências estabelecidas pela Resolução 333 podem ser apontadas como a finalidade da existência do Conselho e o porquê da criação desse espaço, uma vez que definem as áreas de atuação do Conselho.

São as competências estabelecidas na Resolução que geram a construção da agenda do Conselho Municipal e, consequentemente, as medidas que devem ser tomadas por ele. A Resolução 333 é, então, a linha reguladora que esclarece a essência do que compete ao Conselho, sendo esta, resumidamente, questões de formulação, avaliação e controle de políticas públicas; fiscalização do Poder Executivo; controle do orçamento de saúde e gestão do Fundo Municipal de Saúde.

As competências estabelecidas na Resolução 333 permitem a construção de categorias de análise para o desenvolvimento deste trabalho. Sendo assim, a próxima seção apresenta os procedimentos metodológicos utilizados na construção deste artigo.

## Aspectos Metodológicos

Este artigo tem como objetivo conhecer o funcionamento do espaço deliberativo dos Conselhos Municipais de Saúde com base nas normas que regem sua atuação. Nesse sentido, decidiu-se por fazer um estudo do *lôcus*

de pesquisa como forma de melhor conhecer e aprofundar sobre o tema. Sendo assim, o objeto de análise foi o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMS/BH).

Nesta seção será apresentada a justificativa pela escolha deste Conselho, as ferramentas metodológicas e as categorias de análise.

### ***Caracterização e Justificativa de Escolha do CMS/BH***

Os aspectos que levaram à escolha do Conselho de Saúde da capital mineira não estão relacionados aos índices populacionais nem aos econômicos, mas, sim, as suas características relacionadas à construção da sociedade civil belorizontina.

A sociedade de BH, segundo Montenegro (2011), formou-se com base em lutas e mobilizações diante do poder municipal, principalmente pela exclusão de parte da população na estruturação do município. Assim, a sociedade se construiu baseada em uma cultura interligada aos movimentos sociais, o que, em grande parte, possibilitou a institucionalização de um Conselho com grande aporte popular.

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CMSBH – possui, como características, seu desenho institucional, que é o mais complexo de Minas Gerais por ter uma rede que interliga os distritos do município, Associações da sociedade civil, Conselhos e Comitês das Unidade de Saúde e seu caráter deliberativo. O CMSBH foi um dos primeiros a serem instituídos no Brasil após a lei que regularizou a atuação dos Conselhos. Ele foi criado oficialmente em 3 de junho de 1991 e é regulado pela Lei Federal nº 8.142/90 e pelas Leis Municipais nº 5.903/91 e nº 7.536/98. O CMSBH foi fundado para funcionar em caráter permanente, deliberativo e colegiado, com a função de atuar na formação de estratégias da política de saúde e no controle da execução das políticas de saúde, incluídos seus aspectos econômicos e financeiros (Conselho..., 2016).

Outras características do CMSBH, destacada pelo Regimento Interno da instituição, está ligada ao fato de ser um canal de comunicação instituído considerando os princípios de participação, representação, deliberação, publicidade e autonomia, com a finalidade de promover o diálogo entre a sociedade e os órgãos governamentais, por se caracterizar como um local em que diferentes forças possam se relacionar para a produção do bem comum e por seu potencial para incorporar diretamente as vozes dos cidadãos na elaboração das agendas de políticas. Estas características constam no Regimento Interno do CMSBH (CONSELHO..., 2016)

### ***Ferramentas Metodológicas***

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de natureza qualitativa descritiva, no qual os principais instrumentos metodológicos utilizados foram a Análise de Conteúdo para a construção de categorias analíticas e apresentação dos resultados, e a Análise Documental com base nas Atas do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Segundo Neves (1996), a pesquisa documental é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados visando a uma interpretação nova ou complementar. Os documentos selecionados para análise foram as atas das últimas quatro gestões do CMS/BH – 2004/2006, 2006/2008, 2008/2010 e 2010/2012 –, totalizando 175 atas nos 8 anos estudados.

A construção do artigo foi elaborada por meio da Análise de Conteúdo. Este método é um dentre as diferentes formas de interpretar o conteúdo de um texto. Este processo tem início ao se tomar a decisão sobre a Unidade de Análise. Segundo Bardin (1991) e Vergara (2005), a análise de conteúdo compreende três etapas: 1) Pré-Análise: seleção do material e definição dos procedimentos a serem seguidos; 2) Exploração do Material: definição

dos procedimentos; 3) Tratamento dos Dados e Interpretação: geração de inferências e dos resultados da investigação, quando as suposições poderão ser confirmadas ou não.

Neste estudo, as principais categorias apresentadas a seguir foram construídas *a priori*, com base no Regimento Interno do Conselho e da Resolução 333 de 2003.

### ***Categorias de Análise***

As categorias de análise foram construídas com base na Resolução 333 e no Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em que as suas competências foram divididas.

Os assuntos discutidos na plenária do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte foram divididos em dois tipos:

1. Informes Gerais: o momento dos informes gerais é um espaço aberto nas reuniões do Conselho que dá oportunidade para qualquer pessoa que deseje se manifestar em relação a qualquer aspecto, seja para denúncias, solicitações ou outros assuntos.
2. Assuntos de Pauta: os assuntos de pauta são os temas agendados previamente para discussão no plenário do Conselho.

Estes assuntos de Pauta foram divididos da seguinte maneira:

1. Força de Trabalho
2. Políticas Públicas
3. Fiscalização da Gestão
4. Conselho e Conselheiros
5. Gestão do SUS

## Resultados e Discussões

Nesta seção é apresentada uma descrição do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte com base nas categorias descritas anteriormente. Desse modo, a discussão empírica sobre o tema foi construída na seção denominada como “Síntese dos Resultados”. O primeiro Quadro apresentado diz respeito ao número de reuniões do CMS/BH. De acordo com a Resolução 333, o Conselho deve se reunir, no mínimo, uma vez a cada mês, e, quando necessário, deverá realizar reuniões extraordinárias.

Quadro 1 – Número de Reuniões do CMS/BH por Gestão

Gestão	Tipo de Reunião		Total
	Ordinária	Extraordinária	
(01) Gestão 2004 – 2006	23	21	44
(02) Gestão 2006 – 2008	20	24	44
(03) Gestão 2008 – 2010	28	19	47
(04) Gestão 2010 – 2012	23	17	40
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>78</b>	<b>175</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Observa-se por este Quadro, que o Conselho se reuniu de forma ordinária praticamente uma vez por mês, seguindo as instruções normativamente definidas. Periodicamente, também ocorreram reuniões extraordinárias no CMS/BH. Neste tipo de reunião, geralmente, são discutidos assuntos que têm certa urgência ou necessitam ser deliberados em um menor intervalo de tempo, indicando a atuação frequente do Conselho, ao menos nos aspectos referentes à abertura de espaço para debate em plenárias.

A partir das atas estudadas, constatou-se que 308 assuntos foram colocados em pauta durante os 8 anos que estão sendo analisados. Além disso, 2.095 informes foram passados pelos conselheiros. O Quadro 2 apresenta a distribuição das pautas e dos informes durante as 4 gestões. Destaca-se que,

ao desconsiderar os Informes Gerais, a Gestão do Sistema Único de Saúde brasileiro foi o assunto mais discutido durante as plenárias. A descrição dessa categoria será exposta mais adiante neste estudo.

Quadro 2 – Pautas e Informes por Gestão

Categorias	Gestão (01)	Gestão (02)	Gestão (03)	Gestão (04)	Total
1 – Força de Trabalho	9	7	5	2	23
2 – Políticas Públicas	14	22	29	13	78
3 – Fiscalização da Gestão	14	8	11	10	43
4 – Conselho e Conselheiros	10	14	19	16	59
5 – Gestão do SUS	30	27	17	31	105
6 – Informes Gerais	476	417	581	621	2.095

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Sobre os Informes Gerais, qualquer pessoa que esteja na plenária, conselheiro ou não, pode se pronunciar. Neste momento, fala-se sobre problemas nas unidades de atendimento, no CMS/BH e na Secretaria Municipal de Saúde. É um espaço para que gestores prestem esclarecimentos que não estão pautados, assim como para que os conselheiros falem sobre cursos e seminários na área que beneficiem o Conselho e a sociedade como um todo. O Quadro 3 apresenta a distribuição dos informes nas quatro gestões.

Quadro 3 – Informes Gerais por Categoria e Gestão

Gestão	Categorias					Total
	6.1 <sup>1</sup>	6.2 <sup>2</sup>	6.3 <sup>3</sup>	6.4 <sup>4</sup>	6.5 <sup>5</sup>	
(01) Gestão 2004-2006	131	48	102	96	99	476
(02) Gestão 2006-2008	148	45	83	24	117	417
(03) Gestão 2008-2010	254	66	136	35	90	581
(04) Gestão 2010-2012	114	89	146	39	233	621
Total	647	248	467	194	539	2.095
1: Solicitações e Comentários Referentes ao Funcionamento de Conselhos (Municipal, Distrital e Local); 2: Informes sobre Eventos; 3: Fiscalização e Gestão de Unidades de Saúde; 4: Fiscalização, Solicitações e Esclarecimentos da Secretaria Municipal de Saúde; 5: Falas Diversas						

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Como pode ser observado no Quadro, a maior parte dos informes estão relacionados à Categoria 6.1 – Solicitações e Comentários Referentes ao Funcionamento de Conselhos (Municipal, Distrital ou Comissão Local).

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte forma uma grande rede de participação cívica, posto que todos os distritos do município possuem um Conselho de Saúde e diversas comissões locais, o que envolve um alto número de pessoas interligadas direta ou indiretamente ao Conselho. Desse modo, justifica-se o fato da maior presença nos informes gerais de assuntos relacionados ao funcionamento do Conselho e sua rede, o que confirma a afirmação de Gohn (2004) sobre o reconhecimento da sociedade do seu papel participativo e atuante na gestão do Estado.

Outro destaque relaciona-se às categorias 6.3 e 6.4. A categoria 6.5, como já apresentado, é de assuntos diversos, formados por vários informes que não estão ligados à área da saúde ou participação.

Em relação à categoria 6.3 – Fiscalização e Gestão de Unidade de Saúde – esperava-se, subjetivamente, que este assunto fosse o mais comentado nesta etapa das plenárias, pois há a possibilidade de alertas, reclamações ou denúncias sobre alguma unidade de saúde, assim como a 6.4, que torna possível que a sociedade se comunique diretamente com a gestão municipal.

É válido observar qual parcela da sociedade ou dos conselheiros participa de forma mais ativa desse momento da plenária. O Quadro 4 apresenta essa distribuição, e as categorias relacionadas às falas trazem os seguintes significados: 7.1 – Relator do Informe, ou seja, aquele que levou o assunto para a plenária; 7.2 – Resposta ao Informe e Esclarecimentos; 7.3 – Sugestões de Pauta sobre o Assunto e 7.4 – Apoio ao informe que foi dado.

Quadro 4 – Informações Gerais por Membro, Categoria e Forma de Participação nas Falas

Representantes	Fala	Categorias					Total
		6.1 <sup>1</sup>	6.2 <sup>2</sup>	6.3 <sup>3</sup>	6.4 <sup>4</sup>	6.5 <sup>5</sup>	
Sociedade	71	240	117	165	52	215	789
	72	25	5	9	9	16	64
	73	5	0	11	2	4	22
	74	12	4	12	7	6	41
Gestores/ Prestadores	71	52	17	26	15	56	166
	72	20	5	22	9	20	76
	73	2	0	0	0	1	3
	74	6	5	6	3	3	23
Trabalhadores	71	142	52	102	37	119	452
	72	30	2	8	3	8	51
	73	13	0	6	1	0	20
	74	7	1	4	6	10	28
Participantes/ Convidados	71	86	38	87	39	73	323
	72	3	1	4	5	2	15
	73	1	0	1	0	1	3
	74	3	1	4	6	5	19
1: Solicitações e Comentários Referentes ao Funcionamento de Conselhos (Municipal, Distrital e Local); 2: Informes sobre Eventos; 3: Fiscalização e Gestão de Unidades de Saúde; 4: Fiscalização, Solicitações e Esclarecimentos da Secretaria Municipal de Saúde; 5: Falas Diversas							

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Como pode ser observado, o seguimento que mais se caracteriza como relator dos informes foi o de representantes da Sociedade, sendo a maior incidência em assuntos relacionados ao Conselho de Saúde, o que permite confirmar a inferência sobre o reconhecimento e busca por espaço em áreas participativas da sociedade.

O seguimento dos Gestores/Prestadores são os que menos participaram como relatores dos informes, no entanto são os que mais prestaram esclarecimentos, considerando que o Conselho pode ser utilizado como ferramenta de interlocução entre a sociedade e a gestão municipal.

A parcela de não conselheiros que frequentavam as plenárias, todavia, não teve uma participação acentuada nos informes gerais, o que sugere um baixo envolvimento de pessoas externas ao Conselho. Observa-se também que a maior participação destes se dá na categoria relacionada à Fiscalização e Gestão de Unidades de Saúde, o que confirma a necessidade de um espaço aberto para participação de não conselheiros que fornecem insumos para o Conselho deliberar sobre unidades de atendimento.

As próximas informações apresentadas destacam as características do funcionamento do Conselho relacionadas aos assuntos discutidos e deliberados como pauta das reuniões. Cada etapa terá, além de uma distribuição das pautas por gestão, outra tabela com referências à participação no CMS/BH. Vale destacar que esta participação foi contabilizada apenas com momentos de falas durante a deliberação, propostas de votações e respostas/esclarecimentos.

O primeiro Quadro relacionado às pautas (Quadro 5) apresenta a distribuição da Categoria 1 – Políticas Ligadas à Força de Trabalho em Saúde e suas subcategorias.

Quadro 5 – Categoria 1 – Assuntos Relacionados  
à Força de Trabalho em Saúde

Gestão	Categorias					Total
	1.1 <sup>1</sup>	1.2 <sup>2</sup>	1.3 <sup>3</sup>	1.4 <sup>4</sup>	1.5 <sup>5</sup>	
(01) Gestão 2004-2006	1	1	1	1	5	9
(02) Gestão 2006-2008	0	1	2	3	1	7
(03) Gestão 2008-2010	0	0	4	0	1	5
(04) Gestão 2010-2012	0	0	2	0	0	2
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>23</b>
1: Desempenho da Força de Trabalho; 2: Contratação de mão-de-obra; 3: Capacitação da mão de obra; 4: Aspectos Financeiros; 5: Supervisão, controle e fiscalização.						

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Os assuntos relacionados a políticas de trabalho não são muito discutidos nas plenárias do CMS/BH, no entanto observa-se que, pelo menos uma vez por gestão, a Capacitação da Mão de Obra esteve presente como pauta, o que demonstra a constante preocupação do Conselho com uma mão de obra que atenda às exigências do SUS e dos usuários do serviço de saúde.

As questões relacionadas à força de trabalho também estão presentes na Categoria 2, quando discutem sobre políticas para a força de trabalho, na Categoria 3, sobre a fiscalização de Unidades de Saúde e na Categoria 5, em questões referentes a contratos e convênios. Estes itens não comparecem nesta categoria por um motivo: ela pretende descrever assuntos diretamente ligados à gestão da força de trabalho no SUS. As participações durante as deliberações desta Categoria estão listadas no Quadro a seguir.

Quadro 6 – Participação na Categoria 1 –  
Assuntos Relacionados à Força de Trabalho em Saúde

Representantes	Categorias					Total
	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	
<b>Sociedade</b>	2	5	15	18	35	<b>75</b>
<b>Gestores/Prestadores</b>	5	4	6	10	3	<b>28</b>
<b>Trabalhador</b>	7	8	15	19	16	<b>65</b>
<b>Participantes/Convidados</b>	11	14	10	20	39	<b>94</b>
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>31</b>	<b>46</b>	<b>67</b>	<b>93</b>	<b>262</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Como apresentado anteriormente, o Conselho de saúde possui quatro tipos representantes divididos em três segmentos: Sociedade, Gestores/Prestadores e Trabalhadores, sendo o último formado por representantes de sindicatos de trabalhadores de saúde. Excluindo os Participantes e Convidados e fazendo uma comparação apenas com o resultado total, os trabalhadores, mesmo na categoria referente à força de trabalho, ainda ficam

atrás dos representantes dos usuários durante estas deliberações. De forma isolada, no entanto, na Categoria 1.5 essa situação se inverte, existindo maior participação da sociedade.

Nesta categoria os assuntos discutidos estavam relacionados à supervisão, controle e fiscalização da mão de obra, o que justifica uma maior participação dos usuários neste assunto, posto que, em determinados casos, estas pautas podem estar ligadas a denúncias de alguma unidade de saúde.

A próxima Categoria (2) relaciona-se às discussões acerca de políticas públicas de saúde, o plano municipal de saúde, eventos para propagação de informações relacionadas à saúde e à conferência municipal de saúde. O Quadro 7 apresenta estas informações.

A discussão e elaboração de políticas de saúde é um dos pontos fortes de um Conselho de Políticas Públicas de Saúde. Por este ser um espaço deliberativo, de acordo com Cohen (2009) todos aqueles envolvidos com a área da saúde e que possuem interesse, têm o direito de sugerir e discutir políticas referentes ao Sistema Único de Saúde e sobre as melhores formas de atuação deste. Como pode ser observado no Quadro 7, as discussões acerca deste tema são constantes no CMS/BH.

Quadro 7 – Categorias 2 – Políticas Públicas de Saúde

Gestão	Categorias				Total
	2.1 <sup>1</sup>	2.2 <sup>2</sup>	2.3 <sup>3</sup>	2.4 <sup>4</sup>	
(01) Gestão 2004-2006	7	3	0	4	14
(02) Gestão 2006-2008	16	5	1	0	22
(03) Gestão 2008-2010	21	3	1	4	29
(04) Gestão 2010-2012	8	3	2	0	13
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>78</b>
1: Discussão sobre planos e políticas de saúde; 2: Conferências Municipais de Saúde; 3: Leis e regulamentos externos ao Conselho; 4: Congressos, seminários e fóruns de saúde.					

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Observa-se neste quadro a importância dada ao Conselho para assuntos ligados às políticas públicas de saúde, sendo os planos e as discussões sobre os aspectos que mais se destacaram nesta Categoria. Assim, infere-se sobre um papel participativo em pontos, como a proposição de políticas e discussões sobre as já existentes, ou seja, nas etapas do ciclo de políticas públicas (Frey, 2000). Este aspecto enriquece o processo democrático representativo, como apresentado por Gugliano (2004), gerando uma maior legitimidade às políticas públicas para esse setor. O Quadro 8 apresenta como se dá a participação nas plenárias nessa Categoria.

Quadro 8 – Participação na Categoria 2 – Políticas Públicas de Saúde

Representantes	Categorias				Total
	2.1	2.2	2.3	2.4	
Sociedade	153	43	27	19	242
Gestores/Prestadores	47	21	14	7	89
Trabalhador	141	44	15	14	214
Participantes/Convidados	159	16	12	16	203
Total	500	124	68	56	748

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

O reflexo da participação apresenta um relativo equilíbrio no CMS/BH, com um forte envolvimento de todos os representantes, inclusive de não conselheiros. Essa situação não se mantém com os representantes dos Gestores/Prestadores que, como na última categoria, são os que menos participam das deliberações, corroborando para a inferência de uma baixa propensão à participação desses representantes no Conselho.

O Quadro 9 apresenta a Categoria 3, que descreve os resultados sobre a Fiscalização da Gestão da Saúde. Neste aspecto, se fazem presentes discussões sobre problemas com Unidades de Saúde e sua gestão, fiscalização da Secretaria de Saúde e o controle orçamentário de recursos do Fundo Municipal de Saúde.

Quadro 9 – Categoria 3 – Fiscalização da Gestão da Saúde

Gestão	Categorias			Total
	3.1 <sup>1</sup>	3.2 <sup>2</sup>	3.3 <sup>3</sup>	
(01) Gestão 2004-2006	6	4	4	14
(02) Gestão 2006-2008	1	2	5	8
(03) Gestão 2008-2010	5	4	2	11
(04) Gestão 2010-2012	1	7	2	10
Total	13	17	13	43
1: Unidades de Saúde; 2: Gestão da Secretaria Municipal de Saúde; 3: Leis e Regulamentos externos ao Conselho.				

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Observa-se neste Quadro que o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte se mantém em constante vigília quanto às ações da Secretaria Municipal de Saúde (Categoria 3.2). Este fato pode ser considerado um ponto positivo para o Conselho, pois permite gerar suposições sobre a impossibilidade de ações no município de forma isolada sem seu acompanhamento, gerando resultados positivos no processo de transparência do governo assim como legitimando suas ações.

Quadro 10 – Participação na Categoria 3 – Fiscalização da Gestão da Saúde

Representantes	Categorias			Total
	3.1	3.2	3.3	
Sociedade	57	43	36	136
Gestores/Prestadores	8	21	16	45
Trabalhador	45	49	23	117
Participantes/Convidados	41	26	14	81
Total	151	139	89	379

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Observa-se, também, nesta Categoria, a baixa participação dos Gestores/Prestadores. A maior incidência desses representantes foi justamente na Categoria 3.2 em consonância com o tema fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde. Os conselheiros membros da sociedade civil, também nesta categoria, foram os que mais participaram.

O próximo Quadro apresenta a categoria 4.

Quadro 11 – Categoria 4 –  
Assuntos Relacionados ao Conselho e Conselheiros

Gestão	Categorias						Total
	4.1 <sup>1</sup>	4.2 <sup>2</sup>	4.3 <sup>3</sup>	4.4 <sup>4</sup>	4.5 <sup>5</sup>	4.6 <sup>6</sup>	
(01) Gestão 2004-2006	2	2	0	1	5	0	10
(02) Gestão 2006-2008	0	1	0	1	8	4	14
(03) Gestão 2008-2010	1	5	2	0	9	2	19
(04) Gestão 2010-2012	2	1	3	0	9	1	16
Total	5	9	5	2	31	7	59
1: Capacitação de conselheiros; 2: Participação em eventos; 3: Conselhos e Comissões de Saúde; 4: Conselhos Distritais e Conselhos Locais de Saúde; 5: Participação e Funcionamento do Conselho; 6: Falta de quórum para a reunião.							

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

O assunto mais frequente, como pode ser observado, está relacionado à participação no CMS/BH e seu funcionamento (Categoria 4.5). Nesta categoria são discutidos assuntos como a elaboração de Regimento Interno do Conselho e eleição da mesa diretora além dos procedimentos do Conselho. São postas também, nesta categoria, questões referentes à participação nas plenárias do Conselho e a sobreposição de segmentos sobre outros que, em sua existência, tende a afetar o desenvolvimento democrático do Conselho.

Outro ponto que merece ser destacado é o fato de que em sete reuniões do Conselho não foi possível acontecer nenhum tipo de deliberação por não existir quórum suficiente para tal. A falta de quórum em um processo deliberativo reflete de forma negativa na atuação deste, uma vez que sugere

um esvaziamento do Conselho ou desinteresse dos conselheiros em sua representação. Como ilustração, supondo um Conselho que se reúna apenas de forma ordinária uma vez por mês, na metade de um ano as deliberações não seriam possíveis, ficando toda responsabilidade das ações do SUS nas mãos, apenas, do Poder Executivo, que é a situação contrária a que foi conquistada por intermédio das lutas sociais antes da Constituição.

O Quadro 12 irá apresentar a participação durante as deliberações desta Categoria. A Categoria 4.6, que representa a não realização de deliberações por falta de quórum, será ignorada.

Quadro 12 – Participação na Categoria 4 –  
Assuntos Relacionados ao Conselho e Conselheiros

Representantes	Categorias					Total
	4.1	4.2	4.3	4.4	4.5	
Sociedade	19	35	7	10	169	240
Gestores/Prestadores	10	13	10	1	72	106
Trabalhador	23	28	10	7	158	226
Participantes/Convidados	16	1	0	13	119	149
Total	68	77	27	31	518	721

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013,

Na Categoria 4.5, em razão da maior frequência de vezes nas pautas do Conselho, foi o assunto que teve maior participação durante as deliberações, com a maior parte de representantes da sociedade.

Observa-se na Categoria também um baixo envolvimento do segmento gestor, que, como apresentado nas categorias anteriores, tem sido a menos frequente nas deliberações do Conselho.

A Categoria 5 foi a mais presente nas reuniões do CMS/BH. As pautas referentes a estes assuntos estão relacionadas à gestão do Sistema Único de Saúde no município de Belo Horizonte.

Quadro 13 – Categoria 5 – Pautas Relacionadas à Gestão do SUS

Gestão	Categorias					Total
	5.1 <sup>1</sup>	5.2 <sup>2</sup>	5.3 <sup>3</sup>	5.4 <sup>4</sup>	5.5 <sup>5</sup>	
(01) Gestão 2004-2006	9	4	6	5	6	30
(02) Gestão 2006-2008	10	1	5	8	3	27
(03) Gestão 2008-2010	7	5	1	1	3	17
(04) Gestão 2010-2012	19	3	1	7	1	31
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>21</b>	<b>13</b>	<b>105</b>
1: Gestão de contratos e convênios; 2: Comissão de saúde; 3: Atendimento e procedimentos de saúde/criação de Unidades de Saúde; 4: Proposições orçamentárias; 5: Melhorias, alterações e fortalecimento de Unidades de Saúde						

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Contratos e convênios foi o assunto mais discutido nesta Categoria durante as quatro gestões analisadas, sendo o tema mais presente nas plenárias. Vale destacar, neste aspecto, que o compartilhamento da gestão do SUS é o fator motivador pelo qual os Conselhos de Saúde foram construídos, e esta visão é observada no CMS/BH, posto que este tema é frequente nas plenárias do Conselho. O próximo Quadro mostra a participação nesta pauta.

Quadro 14 – Participação na Categoria 5 –  
Pautas Relacionadas à Gestão do SUS

Representantes	Categorias					Total
	5.1	5.2	5.3	5.4	5.5	
<b>Sociedade</b>	154	33	55	38	57	337
<b>Gestores/Prestadores</b>	78	10	11	11	17	127
<b>Trabalhador</b>	154	25	31	30	51	291
<b>Participantes/Convidados</b>	146	17	48	12	49	272
<b>Total</b>	<b>532</b>	<b>85</b>	<b>145</b>	<b>91</b>	<b>174</b>	<b>1.027</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

Esta Categoria manteve o mesmo nível de participação das demais, com uma escala que parte dos usuários para os gestores durante as deliberações.

O último quadro construído a partir das Atas do Conselho Municipal de Saúde de BH diz respeito ao processo deliberativo das pautas. Até aqui foram apresentados os assuntos que, durante os anos estudados, constituíram o funcionamento do CMS/BH. Apenas as informações, no entanto, não conseguem descrever se todos os assuntos foram discutidos e se chegaram propostas para votação. Assim, o Quadro 15 possibilita descobrir se a pauta, além de apresentada para os conselheiros, foi discutida, deliberada e votada.

Quadro 15 – Porcentagem de Assuntos que Tiveram Deliberação e que Chegaram a Propostas por Categoria

Categ.	Assuntos colocados em Deliberação (%)	Assuntos que chegaram em Propostas (%)	Categ.	Assuntos colocados em Deliberação (%)	Assuntos que chegaram em Propostas (%)
1.1	100	100	4.1	100	100
1.2	100	100	4.2	100	66,7
1.3	88,8	88,8	4.3	100	40
1.4	100	100	4.4	100	100
1.5	85,7	71,4	4.5	87	70
2.1	92,3	67,3	4.6	0	0
2.2	71,4	57,1	5.1	86,4	79,5
2.3	100	25	5.2	61,5	46,1
2.4	87,5	37,5	5.3	100	76,9
3.1	92,3	69,2	5.4	88,2	88,2
3.2	88,2	76,5	5.5	100	90
3.3	84,6	92,3	5.6	100	75

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013.

O Quadro apresentado permite visualizar de forma geral, o funcionamento do Conselho em relação às categorias estudadas. De acordo com o que está apresentado, todas as Categorias colocadas como pauta foram deliberadas pelo Conselho. Em todos os casos, mais de 60% das vezes o tema foi discutido pela plenária do Conselho. Além disso, os temas discu-

tidos geralmente chegam à formulação de propostas para serem votadas pelos conselheiros, sendo a menor frequência na elaboração de propostas na categoria 2.3 – Leis e Regulamentos Externos ao Conselho. Nesta categoria, por se tratar de assuntos externos ao Conselho, a baixa frequência de propostas é plausível para ele.

## Síntese dos Resultados

Na seção anterior foi apresentada uma descrição dos principais aspectos relacionados ao funcionamento do Conselho de saúde com base nas atas das plenárias do CMS/BH. Nesta síntese, o objetivo consiste em elaborar uma amostra dos resultados obtidos.

Observa-se, com os resultados, a possibilidade de dividi-los em três aspectos distintos: o primeiro referente às pautas discutidas, o segundo sobre as deliberações e, por último, em relação à participação nas plenárias.

O Conselho de Políticas Públicas, como apresentado na revisão de literatura, é um órgão colegiado deliberativo e permanente do SUS, que possui, dentre suas competências, a formulação de políticas, controle orçamentário e a fiscalização de Unidades de Saúde. Assim, este espaço passou a fazer parte da agenda de políticas públicas de saúde e cogestor do sistema de saúde (Brasil, 2003).

O que foi observado no CMS/BH, com base na categorização construída a partir da Resolução 333 e das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias, é a atuação de um Conselho que aparenta estar comprometido com o processo democrático e deliberativo das políticas do SUS no município. Ao longo de 8 anos, entre reuniões ordinárias e extraordinárias, os conselheiros se encontraram em plenária 175 vezes, cerca de 22 vezes por ano, quase que 2 vezes por mês. Estes números representam a importância que é dada aos assuntos relacionados à saúde, uma vez que, neste período, 308 pautas foram discutidas, sendo o assunto mais presente aquele relacionado

justamente à gestão do Sistema Único de Saúde, o que é confirmado por Stralen et al. (2006) ao estudar os Conselhos de Saúde em municípios de Goiás e do Mato Grosso do Sul.

Apesar dos procedimentos diferentes, as pautas são muito semelhantes, diferenciando-se mais em termos da amplitude dos assuntos tratados e deliberados do que pela natureza destes. Os principais assuntos tratados são: planos municipais de saúde, relatórios de gestão, projetos e programas de saúde e organização das conferências municipais de saúde (Stralen et al., 2006, p. 629).

Observa-se no Conselho, então, que o papel democrático deste espaço se dá principalmente pela possibilidade de compartilhamento da gestão do SUS com os representantes do governo. Assim, o Conselho de Saúde, por intermédio da fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde, das unidades de atendimentos, gestão de contratos e convênios, e dos recursos destinados aos gastos com saúde, permite a participação dos segmentos externos ao governo nas decisões da saúde pública municipal. Neste aspecto, destaca-se que nos 8 anos, somando as categorias 3 e 5 (fiscalização e gestão do SUS), aproximadamente 48% das pautas eram relacionados a estes assuntos.

Vale destacar, então, o papel de gestor da saúde do Conselho. Mesmo afirmando que existe o compartilhamento da administração do SUS, essa assertiva não quer dizer que este se dá de forma completa. De acordo com a Resolução 333, “O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos” (Brasil, 2003, p. 8), e não por decisões efetivas que, logo após serem discutidas, são colocadas em vigor.

Ainda assim, as decisões geradas pelo Conselho devem ser homologadas pelo gestor da saúde e, caso este não o faça, deve comunicar o CMS em no máximo 30 dias. Se o gestor não apresentar os motivos da não homologação das decisões ao conselho dentro do prazo, este pode recorrer ao Ministério Público através dos seus direitos.

De acordo com Machado e Lucas (2013), existe o risco de a natureza participativa do Conselho não acontecer quando as resoluções aprovadas por ele não serem homologadas pelo Poder Executivo. Segundo estas mesmas autoras, no Conselho de Belo Horizonte 24% das resoluções no período de 1997 a 2008 não receberam nenhum tipo de registro de homologação ou foram indeferidos pelos prefeitos. Machado e Lucas (2013) destacam ainda que, em grande parte, 41% das resoluções sem registro coincidem com temas aos quais o Poder Executivo se opõe. Deste modo, mesmo que o Conselho consiga deliberar e chegar a resoluções sobre os temas em pauta, o processo deliberativo de nada valerá se os conselheiros não conseguirem a homologação de suas propostas, surgindo a necessidade de um preparo dos conselheiros para enfrentar estas situações.

As atas do CMS/BH mostram que os membros que mais participam durante as reuniões são os representantes dos usuários. Ignorando a participação das pessoas que não são conselheiros durante as plenárias, cerca de 44% das falas são de membros da sociedade. O menor envolvimento foi dos representantes da gestão, com 16% das falas.

Hipóteses podem ser construídas com o intuito de inferir sobre estes resultados. Em uma delas, pode-se afirmar que essa diferença se dá pela distribuição dos membros, em que 25% são Gestores/Prestadores.

A partir deste olhar, este índice poderia ser justificado, no entanto os trabalhadores possuem o mesmo espaço que os gestores no Conselho, e a participação destes se aproximou da dos usuários, o que refuta esta hipótese. O que os dados levam a concluir então é um baixo envolvimento dos representantes dos gestores e prestadores com o Conselho de saúde.

A segunda hipótese que se cria ao refutar a anterior infere sobre um conflito entre o Poder Executivo e o Conselho. Mesmo existindo o compartilhamento das decisões de saúde, o Conselho delibera, mas quem administra é a Secretaria de Saúde. Esta hipótese reflete sobre o trabalho de Machado e Lucas (2013), que apresenta que, quando a Secretaria se opõe à decisão,

ela é colocada de lado pelo Executivo. Em outras palavras, a baixa propensão participativa dos representantes do Estado pode estar ligada ao fato de que a decisão final é da Secretaria. Quando o assunto é de interesse deste segmento, eles se mobilizam para aprová-lo, caso contrário, podem se calar por administrar a saúde, o que justifica a necessidade de um Conselho forte.

Stralen et al. (2006) confirmam esta afirmação. De acordo com o seu estudo, muitas das demandas do Estado e dos prestadores são resolvidas no gabinete, sendo a plenária do Conselho um espaço apenas para vocalização e não, de fato, para deliberação pública.

Em relação à participação de não conselheiros, ao contrário do que se pensou quando os informes gerais foram analisados, os participantes externos ao CMS/BH possuem um significativo envolvimento com os assuntos discutidos no Conselho, o que sugere uma população participativa e um CMS/BH com as portas abertas para aqueles que desejam interagir neste espaço democrático.

## Conclusão

O objetivo deste artigo foi conhecer o funcionamento do CMS/BH a partir de um aparato normativo que foi a Resolução 333 de 2003 e o Regimento Interno do Conselho, e nas atas das plenárias deste espaço. Destaca-se ainda que uma nova resolução entrou em vigor em 2012 (Resolução 453), no entanto o CMS/BH não chegou a elaborar um novo regimento com base nesta norma, o que justifica a utilização da resolução de 2003.

As atas que serviram de base para esta análise foram categorizadas para que todas as competências do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte fossem contempladas no estudo, assim como todos os temas que foram colocados em pauta. Deste modo, foi possível gerar uma constatação do funcionamento do CMS/BH que vai além da participação neste espaço.

Como foi apresentado por este estudo, o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte é um órgão que busca cumprir com os objetivos legais para o qual foi criado, reunindo-se em plenária frequentemente e abordando diversos assuntos em deliberações públicas. Utilizando dos poderes concedidos com a Constituição Federal de 1988 e com as normas seguintes, o CMS/BH tem um envolvimento que vai além das plenárias e dos seus membros, afinal, toda comunidade que procura participar da política do SUS tem o direito de comparecer e participar das reuniões do Conselho. Logo, nos aspectos referentes ao seu funcionamento, o CMS/BH está cumprindo seu papel.

Foi observado nesta análise, no entanto, uma baixa intervenção dos Representantes da Gestão/Prestadores durante as plenárias do Conselho. Deste fato surgem dois cenários distintos, sendo um negativo e outro positivo.

No aspecto positivo, considera-se a participação destes representantes na plenária apenas em momentos específicos, em menor frequência, mas de forma consistente, que equivalha a participações frequentes durante os debates.

Em relação ao cenário negativo, este se constrói ao considerar um descrédito por parte dos representantes do Estado para o CMS/BH em sua atuação ou por não conceder o direito deliberativo na gestão do SUS. Nestes aspectos, o Conselho Municipal de Saúde esbarra em questões que vão da cultura política local ao seu desenho institucional.

Quanto à cultura política, um governo centralizador limitará a ação do Conselho ao máximo, deixando o espaço que seria de livre-deliberação apenas para troca de argumentos entre os membros da sociedade e dos trabalhadores sem que ações e demandas precisas cheguem a ser decididas.

Sobre o desenho institucional, pode se afirmar que a forma funcional do Conselho permite a existência de ruídos no processo democrático. O Conselho é formado por representantes dos usuários do SUS, dos trabalhadores na área da Saúde, do Estado e de prestadores de serviço que dividem as

vagas com o último referido. As deliberações públicas, no entanto, podem passar por vieses que vão da formação da pauta da reunião em plenária até a homologação desta.

O aspecto referente às pautas diz respeito à forma como ela entra em discussão. São os membros do Conselho que decidem sobre os assuntos que devem ser discutidos, no entanto quem informa quando serão é a mesa diretora, que tem o poder sobre o que será debatido pelo Conselho. Assim, as discussões em plenária podem, em determinados casos, estar ligadas às vontades daqueles envolvidos com a mesa diretora.

Sobre a homologação, o Estado garantiu ao Conselho poder para deliberar sobre as questões de saúde, no entanto não deu a este o direito de as decisões tomadas publicamente serem efetivamente homologadas. Uma forte burocracia impede o eficiente funcionamento do Conselho, pois o Poder Executivo poderá manter engavetado algo que não lhe convenha por um prazo indeterminado até que o Conselho se manifeste. Ao se movimentar, o Conselho terá como recorrer ao Ministério Público, que aplicará ações que levarão as discussões de volta ao Conselho neste ciclo.

Estes aspectos, para serem mais bem analisados, necessitam de uma análise mais profunda do Conselho para além da análise documental. Assim, sugere-se, para estudos de Conselhos de Políticas Públicas, a utilização de metodologias de observação.

Caso encontre-se no CMS/BH elementos que apontam para uma mentalidade de um cenário negativo por parte dos gestores, quando, para estes, o CMS/BH se mantém apenas como um figurante no processo político da saúde, a atuação do Conselho pode definitivamente ser fragilizada. A este fato, Labra (2005) adverte que o funcionamento do conselho depende da postura de apoio ou não das autoridades de onde o conselho faz parte.

Assim, conclui-se, neste estudo, a partir de uma visão longitudinal dos últimos 8 anos de funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, uma busca por um funcionamento adequado, no entanto

se esbarrando em questões, como a baixa propensão participativa dos representantes gestores, assuntos que não chegam em propostas e reuniões sem o quórum mínimo de conselheiros que levam à fragilização democrática deste espaço, comprometendo, com isso, a deliberação pública para o qual foi construído.

Por outro lado, a indicação de um Conselho que se reúne frequentemente e que mantém como principal foco o Poder Executivo e sua gestão, assim como a própria gestão do SUS, leva-se a inferir sobre a busca de um papel democrático e participativo efetivo para as Políticas Públicas de Saúde no município de Belo Horizonte.

## Referências

ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. *Revista do Serviço Público*, vol. 51, n. 4, p. 5-51, out./dez. 2000.

ABRUCIO, F. L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro: Edição Especial Comemorativa – 1967-2007, p. 67-86, 2007.

AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. In: *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, vol. 50, n. 3, p. 443-464, 2007.

\_\_\_\_\_. Sociedade civil e participação no Brasil democrático. In: AVRITZER, L. (Org.). *Experiências nacionais de participação social*. Belo Horizonte: Editora Cortez, 2010.

AVRITZER, L.; SILVA, E. M. da. Introdução. In: AVRITZER, L. (Org.). *Experiências nacionais de participação social*. São Paulo: Cortez, 2009. p. 7-12.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1991.

BOBBIO, N. *O futuro da democracia: uma defesa das regras do jogo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

BRASIL. *Resolução n. 333 de 2003*. 2003. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao\\_333.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf)>. Acesso em: 14 jun. 2012.

BRUGUÉ, Q. Una Administración que Habla es una Administración que Piensa: de la gestión pública a la administración deliberativa. In: GOBIERNO DE ARAGÓN. *Participación Ciudadana para una Administración Deliberativa*, 2009. p. 55-72.

CARNEIRO, C. B. L. Conselhos de políticas públicas: desafios para sua institucionalização. In: SARAVIA, E.; FERRAREZI, E. (Orgs.). *Políticas públicas*. Brasília: Enap, 2006. p. 149-166.

COELHO, V. S. P. Conselhos de Saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: COELHO, V. S. P. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora 34, 2004.

COHEN, J. Deliberação e legitimidade democrática. In: MARQUES, Â. C. S. A *deliberação pública e suas dimensões sociais políticas e comunicativas: textos fundamentais*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 85-108.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. *História do Conselho Municipal de Saúde*. 2016. Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=cms&tax=17948&lang=pt\\_BR&pg=7122&taxp=0&](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=cms&tax=17948&lang=pt_BR&pg=7122&taxp=0&)> Acesso em: 20 maio 2016.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. *Regimento Interno*. 2016. Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=cms&lang=pt\\_BR&pg=7122&tax=17969](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=cms&lang=pt_BR&pg=7122&tax=17969)> Acesso em: 20 mai. 2016

EASTON, D. A *Framework for Political Analysis*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1965.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. In: *Planejamento e políticas públicas*. Brasília: Ipea, 2000.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. In: *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p. 20-31, maio/ago, 2004.

GUGLIANO, A. A. Democracia, participação e deliberação: contribuições ao debate sobre possíveis transformações na esfera democrática. In: *Civitas*, Porto Alegre, v. 4, p. 257-283, jul./dez. 2004.

HABERMAS, J. Três modelos normativos de democracia. *Lua Nova*, São Paulo, v. 36, p. 39-53, 1995.

HECLO, Hugh. Issue Networks and the Executive Establishment. In: LING, Anthony (Hrsg.). *The New American Political System*. Washington D.C., 1978. p. 87-124.

LABRA, M. E. Conselhos de saúde. Dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. et al. (Org.). *Saúde e democracia*. História e perspectivas do SUS. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383. V. 1.

LOWI, T. J. Four Systems of Policy, Politics and Choice. *Public Administration Review*, 32: 298-310, 1972.

MACHADO, J. A.; LUCAS, S. D. Análise das resoluções do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte no período de 1991 a 2010. *Ciência e Saúde Coletiva* (Impresso), v. 18, p. 2401-2411, 2013.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio M. *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte*: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010.

MARTINS, S.; CKAGNAZAROFF, I. B.; LAGE, M. L. C. Análise dos Conselhos Gestores de Políticas Públicas à Luz dos Relatórios de Fiscalização da Controladoria Geral da União. In: *APGS*, Viçosa, v. 4, n-2, p. 221-245, abr./jun. 2012.

MONTENEGRO, A. M. da R. *Planejamento, participação social e reformas administrativas*: a experiência da prefeitura de Belo Horizonte nos 16 anos de governo democrático popular. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2011.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. *Cadernos de Pesquisas em Administração*, v. 1, n. 3, 2. sem. 1996.

PRITTWITZ, V. V. *Politikanalyse*. Opladen: Leske-Budrich, 1994.

SARAVIA, E. Introdução à teoria política pública. In: SARAVIA, E.; FERNANDES, E. (Orgs.). *Políticas públicas*. Brasília: Enap, 2006. p. 21-42. Vol. I.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul./dez. 2006.

STRALEN, C. J van et al. Conselhos de saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, n. 3, p. 621-632, 2006.

VERGARA, S. C. *Métodos de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas, 2005.

WINDHOFF-HÉRITIER, A. *Policy-Analyse: eine Einführung*. Frankfurt am Main; Nova York: Campus, 1987.

Recebido em: 21/9/2014

Accepto em: 3/11/2015