

BRUNO DE JESUS LOPES

**DEMOCRACIA DELIBERATIVA E PARTICIPAÇÃO: ANÁLISE  
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE  
- MG**

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

VIÇOSA  
MINAS GERAIS – BRASIL  
2014

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade  
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

L864d  
2014  
Lopes, Bruno de Jesus, 1988-  
Democracia deliberativa e participação : análise do  
Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG / Bruno  
de Jesus Lopes. – Viçosa, MG, 2014.  
vii, 97f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Orientador: Edson Arlindo Silva.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.  
Inclui bibliografia.

1. Democracia deliberativa. 2. Participação cívica.  
3. Conselho Municipal de Saúde (Belo Horizonte, MG).  
I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de  
Administração e Contabilidade. Programa de Pós-graduação em  
Administração. II. Título.

CDD 22. ed. 321.8

BRUNO DE JESUS LOPES

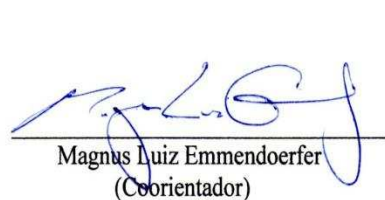
**DEMOCRACIA DELIBERATIVA E PARTICIPAÇÃO: ANÁLISE  
DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE  
BELO HORIZONTE - MG**

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

APROVADA: 13 de fevereiro de 2014.

  
Adriel Rodrigues de Oliveira

  
Virgílio César da Silva e Oliveira

  
Magnus Luiz Emmendoerfer  
(Coorientador)

  
Marco Aurélio Marques Ferreira  
(Coorientador)

  
Edson Arlindo Silva  
(Orientador)

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho para aqueles que já se foram, aqueles que me apoiaram durante a vida e me protegem agora que partiram, porque mesmo não estando em corpo comigo, sinto que continuam seguindo os meus passos e orientando meu caminho.

## AGRADECIMENTOS

Por este trabalho e pela conquista carregada por ele, tenho muito a agradecer. Primeiramente a Deus pelo dom da vida e por me conceder a competência para realizá-lo. Em seguida, aos meus pais, os verdadeiros merecedores deste título de mestre.

Chegar até aqui e alcançar as conquistas que persigo há tanto tempo não é algo que parte apenas de mim, se não fosse por meus pais, nada disso seria possível. Meu pai, Marcelo, com 12 anos já vivia como adulto, sem pai ou mãe, trabalhando e cuidando de si e de seus irmãos. Minha mãe Rita, que antes dos 10 anos já trabalhava como enfermeira cuidando de sua mãe e cozinhando no fogão-a-lenha como uma perita *chef* em um restaurante, no entanto, longe da fartura que merecia.

Ambos tiveram todas as condições no mundo para não serem nada, para caírem na vida e se perderem, mas não, não fizeram parte das estatísticas negativas do país, batalharam duro, juntos iniciaram uma família e se tornaram exemplos de vida. A este, devo todos os agradecimentos, pelas horas dedicadas todos os dias, pela motivação nos estudos, por nunca deixar nada faltar, por sempre procurar o melhor. Foi me espelhando neles que cheguei até aqui, e é por eles que desejo sempre seguir em frente.

Gostaria de agradecer também ao meu padrinho Helder, que assim como um pai, sempre me apoiou, aconselhou, puxou a orelha e o mais importante, compartilhou com meus pais todas as alegrias e tristezas dessa vida.

Agradeço também a minha namorada Sirlene. Apenas ela sabe como foi árduo o trabalho para chegar até aqui, e graças a ela, não pude desistir um minuto sequer, nem nos momentos mais difíceis. Eu sempre pude contar com ela, em todos os momentos durante o curso e durante a vida.

Não posso me esquecer dos amigos do DAD: Luiza, Luís, o grande Weliton Sheshel, Tiaguin meu amigo, Soraya e Paulinho tartaruginha. Sem eles o DAD não seria o departamento que é. Agradeço também aos meus co-orientadores Magnus e Marco Aurélio e aos amigos que cursaram comigo estes dois anos do sonhado mestrado.

Agradeço ao meu orientador, o Professor Edson que confiou em mim e me permitiu contribuir em sua pesquisa durante a minha graduação. Esta porta que foi aberta por ele foi a principal no meu caminho acadêmico. Agradeço a Professora Simone Martins que muito contribuiu na execução e planejamento deste trabalho durante todo o curso.

Agradeço aos meus eternos professores, a Professora Maria Inês do Carmo, a minha primeira orientadora e que me motivou para a vida acadêmica. A Professora

Maria Del Pilar que me permitiu ganhar experiência de sala de aula ao trabalhar como seu monitor, e ao professor Tancredo Almada Cruz, uma das mentes mais brilhantes com que tive o privilégio de trabalhar.

Preciso agradecer também o meu time de colaboradoras, que muitas vezes assustei com as temidas Atas das plenárias do conselho. Bianca, Carolina, Fernanda, Letícia e Maria Júlia, muito obrigado pela contribuição e apoio neste período.

Por fim, ao Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sem a contribuição dos envolvidos nesta respeitável entidade, este trabalho nunca teria saído do projeto. Obrigado pelo apoio e confiança para realizar este estudo.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	vi
ABSTRACT.....	vii
APRESENTAÇÃO GERAL.....	1
<b>1. INTRODUÇÃO GERAL.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. O Problema e Sua Importância.....</b>	<b>4</b>
<b>1.2. Objetivos.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2.1. Objetivo Geral.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>5</b>
CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS: REFLEXÕES ACERCA DESTE ESPAÇO DEMOCRÁTICO.....	7
<b>1. Introdução.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Revisão de Literatura.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1. Sociedade, Estado e Democracia.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2. A Construção do Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>15</b>
<b>2.3. Conselho de Políticas Públicas.....</b>	<b>19</b>
<b>2.4. Interfaces entre Estado, Democracia Deliberativa e Conselhos de Políticas     Públicas.....</b>	<b>23</b>
<b>3. Considerações Finais.....</b>	<b>25</b>
<b>4. Referências.....</b>	<b>28</b>
CONSELHO DE POLÍTICAS E PARTICIPAÇÃO: ASPECTOS DO FUNCIONAMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG.....	31
<b>1. Introdução.....</b>	<b>33</b>
<b>2. Revisão de Literatura.....</b>	<b>34</b>
<b>2.1. A Sociedade nas Políticas Públicas.....</b>	<b>35</b>
<b>2.2. Políticas Públicas.....</b>	<b>36</b>
<b>2.3. Questões Normativas do Conselho.....</b>	<b>41</b>
<b>3. Aspectos Metodológicos.....</b>	<b>43</b>
<b>3.1. Caracterização e Justificativa de Escolha do CMS/BH.....</b>	<b>43</b>
<b>3.2. Ferramentas metodológicas.....</b>	<b>44</b>
<b>3.3. Categorias de Análise.....</b>	<b>44</b>
<b>4. Resultados e discussões.....</b>	<b>46</b>
<b>4.1. Síntese dos Resultados.....</b>	<b>56</b>
<b>5. Conclusão.....</b>	<b>59</b>

<b>6. Referências</b> .....	62
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: ANÁLISE A LUZ DA PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE .....	64
<b>1. Introdução</b> .....	66
<b>2. Revisão de Literatura</b> .....	68
<b>2.1. Democracia Deliberativa</b> .....	68
<b>2.2. Participação Cívica no Brasil</b> .....	70
<b>2.3. Conselho Municipal de Saúde</b> .....	72
<b>3. Aspectos Metodológicos</b> .....	73
<b>3.1. Caracterização do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte</b> .....	74
<b>3.2. Ferramentas Metodológicas</b> .....	75
<b>4. Resultados e Discussões</b> .....	76
<b>4.1. Perfil dos Conselheiros</b> .....	76
<b>4.2. Percepção dos Conselheiros</b> .....	77
<b>4.2.1. Percepção sobre o Papel do Conselho</b> .....	77
<b>4.2.2. Percepção sobre o Funcionamento do Conselho</b> .....	82
<b>4.2.3. Relações Entre o Conselho e Seu Ambiente</b> .....	87
<b>5. Conclusão</b> .....	89
<b>6. Referências</b> .....	92
CONCLUSÃO GERAL .....	94
REFERÊNCIAS GERAIS .....	97

## RESUMO

LOPES, Bruno de Jesus, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, Fevereiro de 2014. **Democracia Deliberativa e Participação: Análise do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte - MG.** Orientador: Edson Arlindo Silva. Coorientadores: Magnus Luiz Emmendoerfer e Marco Aurélio Marques Ferreira.

A construção do Conselho Municipal de Saúde no Brasil como espaços participativos na agenda de políticas públicas pode ser considerada uma das principais conquistas da sociedade civil na democracia nacional. Os conselhos foram legitimados com a Constituição Federal de 1988 que permitiu a participação da sociedade na gestão da saúde e pela lei 8.142 de 1990 que cria os conselhos de saúde, além da Resolução 333 de 2003 com os principais encaminhamentos para organização e funcionamento dos conselhos de saúde. Em relação ao modelo democrático, este espaço participativo se aproxima dos preceitos dos modelos deliberativos de democracia, onde o discurso entre os envolvidos no processo é a principal ferramenta decisória. Com base nestes fatos, a partir dos aspectos que alocam os conselhos como membros presentes na agenda do sistema de saúde e das normas que regem o funcionamento desta instituição, o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte está cumprindo as suas funções estabelecidas normativamente? Para responder a esta questão central de pesquisa, três artigos foram construídos. No primeiro, foi transcrito a criação do conselho de saúde e das normas que o regem, assim como o modelo democrático a qual mais se aproxima. No segundo, com base na análise de conteúdo, discutiu-se o funcionamento do conselho a partir das atas das plenárias. O último aborda a percepção dos conselheiros em relação ao conselho de saúde e seu papel. Além dos três artigos propostos são apresentadas a introdução e as conclusões gerais do estudo realizado.

## ABSTRACT

LOPES, Bruno de Jesus, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, february 2014. **Deliberative Democracy and Participation: Analysis of Municipal Health Council of Belo Horizonte - MG.** Adviser: Edson Arlindo Silva. Co-advisers: Magnus Luiz Emmendoerfer and Marco Aurélio Marques Ferreira.

The construction of the Municipal Council Health in Brazil as participatory spaces in the public policy agenda can be considered one of the major conquests of civil society in national democracy. The councils were legitimized with the Federal Constitution of 1988 which allowed the participation of society in the management of health and the law 8142 1990 establishing health advice, plus the Resolution 333 of 2003 with the main referrals to the organization and functioning of the boards of health. Regarding the democratic model, this participatory space approach of the precepts of the deliberative models of democracy, where the discourse between those involved in the process is the main decision making tool. Based on these facts, from the aspects that allocate the advice as the members present at the health system and the rules governing the functioning of this institution agenda, the Municipal Council Health of Belo Horizonte is fulfilling its duties set normatively? To answer this central research question, three articles were built. In the first, was transcribed the creation of the board of health and the rules governing it, as well as the democratic model which comes closest. Then, based on content analysis, discussed the functioning of the board from the minutes of the plenary. The latter addresses the perception of officers in relation to the board of health and its role. Besides the three proposed articles are presented introduction to the general conclusions of the study.

## **APRESENTAÇÃO GERAL**

Com o intuito de melhor apresentar o tema e a discussão que se pretende gerar acerca do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, esta dissertação está dividida em três artigos, os quais irão abordar temáticas diferentes, mas de forma complementar.

O primeiro artigo, que tem como título “Conselhos de Políticas Públicas: Reflexões Acerca deste Espaço Democrático” traz um breve relato sobre a formação da sociedade civil, do Estado e do pensamento democrático com o intuito de apresentar ao leitor a base para compreender os conselhos de políticas públicas, no caso, o de saúde. Este artigo trará também a formação dos conselhos e as principais discussões sobre este espaço democrático no cenário nacional frente aos períodos históricos do Brasil.

O segundo artigo, para que seja alcançada uma maior profundidade em relação ao Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, trará um maior peso empírico ao trabalho. Este trabalho que tem como título “Conselho de Políticas e Participação: aspectos do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte”, contará com a análise documental das atas das plenárias do conselho dos anos de 2004 a 2012 com o intuito de conhecer o funcionamento do conselho, procurando comparar os eixos normativos e teóricos deste espaço.

Por fim, o terceiro artigo intitulado “Conselho Municipal de Saúde: análise à luz da percepção dos conselheiros de saúde de Belo Horizonte” procura conhecer, além do perfil dos envolvidos no Conselho de Saúde de Belo Horizonte, a percepção que estes possuem sobre o espaço deliberativo em que participam.

## 1. INTRODUÇÃO GERAL

Na medida em que a sociedade, assim como o Estado passam por transformações, os processos democráticos existentes não tendem a se manter, sendo estes modificados a partir das pressões e das contingências existentes em determinado período.

Ao se fazer um resgate na história mundial, encontram-se diversos momentos que confirmam a informação do primeiro parágrafo. Deste modo, um fato que demonstra mais notoriedade neste aspecto e que possui grande repercussão sobre o momento atual da democracia é a “Revolução Francesa” (VOVELLE, 1989).

O período que antecede a Revolução Francesa é marcado por um governo absolutista onde o poder estava centralizado na monarquia e com uma sociedade de trabalhadores, camponeses e burgueses que sustentavam as extravagâncias do Estado e do Clero com os impostos que deixavam a população cada vez mais vulnerável economicamente.

Aqueles que se opunham ao governo eram levados para a prisão política da monarquia que serviu como o grande marco da Revolução Francesa, a Bastilha e a sua queda. Sobre as exigências da população, as parcelas da sociedade que se encontravam mais próximas da miséria procuravam por melhorias na qualidade de vida e de trabalho. Já a classe burguesa que tinha melhores condições sociais, exigia uma maior participação política no governo e mais liberdade econômica.

Em síntese, a Revolução que teve como lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” conseguiu subjugar a monarquia francesa e adotar em sua Constituição de 1789, dentre outras conquistas, uma maior participação da sociedade civil na vida política do país (MICHELET, 2003).

De fato, outros momentos importantes surgiram após a revolução, como a criação de novos partidos e conflitos entre alta e baixa burguesia, no entanto, o que se procura apresentar aqui é que a pressão da sociedade frente a um governo autoritário conseguiu provocar mudanças no Estado e nas formas democráticas de uma nação.

Assim como na França, a história brasileira também possui períodos que foram marcados por alterações no Estado que afetaram diretamente a sociedade, sejam estes momentos positivos ou negativos para a população. Dois casos podem ser citados como ilustração: o primeiro quando a mudança parte do Estado e da forma de governo e o segundo quando a alteração se dá por pressões da sociedade.

Para o primeiro caso, o golpe militar de 1964 é um dos melhores fatos históricos para exemplificar os impactos para a sociedade a partir das mudanças do Estado. No período antes do golpe, o país passava por uma fase democrática, as conferências nacionais de saúde discutiam sobre a instauração de uma rede de atendimento semelhante ao atual Sistema Único de Saúde (SUS) e as manifestações populares procuravam por melhores políticas previdenciárias. Ou seja, os anos que precedem o período autoritário nos traziam para uma cultura democrática com grande aporte a participação popular.

No entanto, em razão do golpe, todo este processo foi congelado, as conferências se tornaram espaços de discussão interna do governo e os movimentos populares eram reprimidos pela pressão militar.

Enfim, as formas de atuação e de organização da sociedade foram obrigadas a retroceder devido às mudanças do Estado, sendo esta alteração no sentido contrário ao democrático quando se conceitua democracia a partir de Bobbio (1997) onde, o nível de democracia de um Estado é medido por seus espaços de participação democrática.

Em outro cenário, contrário ao último, onde as pressões sociais geram a mudança na forma de gestão do Estado, o exemplo que pode ser dado e que dá continuidade ao anterior, são os movimentos populares do final da década de 1970 e início de 1980. A força da sociedade que foi um dos fatores que contribuiu para o fim do regime militar alcançou, além do retorno de um período democrático, o direito da população participar das decisões políticas setoriais brasileiras.

Como conquista dos diversos reclames da sociedade em favor da participação no processo político, a Constituição Federal de 1988 concedeu uma maior abertura para a população na agenda política, dando condições para que esta atue junto ao Estado na gestão pública.

Assim, a partir da Carta Magna e das leis promulgadas posteriormente, foram institucionalizados os Conselhos de Políticas Públicas como espaço para compartilhamento de poder entre o Estado e a Sociedade nas políticas setoriais (GOHN, 2000). Os Conselhos de Políticas Públicas podem ser definidos como “instituições híbridas nas quais têm participação atores do Executivo e atores da sociedade civil relacionados com a área temática na qual o conselho atua” (AVRITZER, 2010, p. 34).

Na área das políticas públicas de saúde, a mobilização da sociedade em prol de um sistema unificado em relação ao atendimento e descentralizado em sua gestão tem um longo histórico, fato este que justifica a escolha deste segmento para a realização deste estudo em relação a outros conselhos.

O ápice na construção do conselho e da reforma no setor de saúde brasileiro foi o movimento da Reforma Sanitária e as reivindicações de descentralização e participação da sociedade nas políticas de saúde, além da VIII Conferência Nacional de Saúde onde os primeiros desenhos institucionais para os conselhos começaram a ser formulados.

Sendo assim, a institucionalização dos conselhos de políticas públicas permitiu que as demandas exigidas pela sociedade finalmente fossem atendidas, tornando possível a interação entre Estado e sociedade na gestão pública, o que nos leva para o problema de pesquisa deste trabalho e sua importância.

### **1.1. O Problema e Sua Importância**

As discussões sobre os conselhos de políticas públicas, ou conselhos gestores como é denominado por diversos autores não é uma questão relativamente nova e está presente nos trabalhos de inúmeros autores como Sposati e Lobo (1992), Carvalho (1995), Avritzer e Pereira (2005), Gohn (2004) e Avritzer, (2010).

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).

Os conselhos, como apresentado, são espaços de interação da sociedade e do Estado na formulação de políticas públicas, fiscalização e controle. No entanto, sua atuação como espaço participativo depende, além de sua criação, de normas que estabeleçam as diretrizes sobre o funcionamento, competências e os processos do conselho.

No caso do Conselho de saúde, as normas que regulamentam o setor é a Lei 8.142 de 1990 que criou os conselhos de saúde e a Resolução 453 de 2012, em substituição da Resolução 333 de 2003 que descreve o funcionamento, composição e competências deste espaço deliberativo além de um regimento interno que todo conselho deve possuir.

O conselho de saúde pode ser observado então como um espaço carregado de poder capaz, dentre outras coisas, de moldar o Sistema Único de Saúde a partir das necessidades de um município. Este espaço, além de outras características garante também uma visão pluralista da sociedade, a final, cada região possui demandas

diferentes por possuir aspectos relacionados à saúde diferentes. Assim, é notória a importância dos conselhos como ferramenta de fortalecimento e aperfeiçoamento da democracia.

Os conselhos de saúde permitem também um relativo abandono de uma visão gerencialista (visão da sociedade como cliente do Estado) das políticas públicas de saúde, de um olhar que parte estritamente dos governantes para a sociedade de forma global. A configuração dos conselhos possibilita uma visão contrária, de um povo que planeja e envia as solicitações para os governantes que são fiscalizados pelos conselhos.

Assim, justifica-se a escolha do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CSM/BH) como objeto de estudo deste trabalho. Além de ser a capital mineira e contar com mais de 2 milhões de habitantes, o município possui uma rede de participação que envolve todo o município a partir de conselhos distritais e comissões locais de saúde.

Outro aspecto importante refere-se à cultura participativa do município, Belo Horizonte, antes mesmo da promulgação da lei 8.142, já possuía, a partir de conferências e fóruns, encaminhamentos para a participação da sociedade civil na saúde. Estas informações, quando olhadas em conjunto, justificam a escolha deste município e seu conselho como fonte de estudo.

Com base no que foi apresentado, a partir dos aspectos que alocam os conselhos de políticas públicas como membros presentes na agenda do sistema de saúde e das normas que regem o funcionamento desta instituição, o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte está cumprindo as funções estabelecidas normativamente? Ou seja, consegue alcançar o papel institucional para o qual foi construído?

Com base neste questionamento, os objetivos deste estudo serão apresentados a seguir.

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo Geral**

O principal objetivo deste trabalho foi descrever o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte e a percepção dos seus membros sobre este espaço para verificar se este está ancorado em suas normas legais (8.142 e Resolução 333) e nos conceitos de Democracia Deliberativa.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

Especificamente, pretende-se:

- Refletir acerca o papel e as funções do conselho de políticas públicas;
- Discutir sobre funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e se este está cumprindo o seu papel previsto nas normas legais.
- Analisar a percepção dos conselheiros sobre o papel e as funções do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte;

## CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS: REFLEXÕES ACERCA DESTE ESPAÇO DEMOCRÁTICO

### Resumo

As discussões acerca de um futuro da democracia têm se aproximado, a cada dia mais, de um modelo cuja participação da sociedade se faz cada vez mais presente nas decisões sobre o bem comum. Assim, os processos decisórios que se faziam apenas pelos membros eleitos, passaram a ser realizados também por Conselhos de Políticas Públicas. Os conselhos de políticas se legitimaram, em grande escala, com a Constituição Federal de 1988 que permitiu a participação da sociedade nas políticas públicas, sendo um dos precursores deste novo modelo democrático os Conselhos de Saúde. Em norma, os conselhos são espaços para expressão representação e participação com potencial para transformação política. Em relação ao modelo democrático, os Conselhos de Políticas Públicas se aproximam dos conceitos de democracia deliberativa que tem como princípio a tomada de decisão por meio do discurso dos envolvidos com questões relacionadas tanto ao Estado, quanto a sociedade, onde deve existir a igualdade entre todos, publicidade e simetria das informações bem como a não tirania. Com o intuito de melhor conhecer estes aspectos que possibilitaram a formação deste espaço democrático que são os Conselhos de Políticas Públicas, este artigo teve como objetivo conhecer como ocorreu a construção deste espaço para o setor da saúde, assim como do modelo democrático de qual faz parte.

## **COUNCILS OF PUBLIC POLICIES: REFLECTIONS ABOUT THIS AREA DEMOCRATIC**

### **Abstract**

Discussions about the future of democracy have approached each day more, a model whose participation in society becomes ever more present in decisions about the common good. Thus, decision-making processes that were elected only by members, began to be conducted by Public Policy Councils. The policy councils are legitimized, large scale, with the Federal Constitution of 1988 which allowed the participation of society in public policy, being one of the forerunners of this new democratic model the Boards of Health In theory, boards are spaces for expression representation and participation with the potential for political transformation. Regarding the democratic model, the Boards of Public Policy approach the concepts of deliberative democracy that has principle with decision making through discourse of those involved in the sector, the State and society, where there should be equality among all advertising and symmetry of information and not tyranny. In order to better understand these aspects that allowed the formation of democratic space that are the Public Policy Councils, this article aims to know how was the construction of this space for the health sector as well as the democratic model which is part.

## 1. Introdução

O fato de se conhecer o presente não justifica deixar de resgatar as origens do passado. Pelo menos é desta forma que se deve pensar quando se toma como objeto de estudo os conselhos de políticas públicas, afinal, a forma como a sociedade e o Estado interagem atualmente, é fruto de um processo histórico que remonta do início da sociedade até os dias de hoje.

Não foi de uma hora para outra que as pessoas começaram a viver em grupos formando comunidades ou aceitaram a “soberania de um ser maior”. Não foi de imediato que a monarquia perdeu espaço para os processos democráticos e não foi da noite para o dia que os brasileiros conquistaram o direito de participar da vida pública através dos conselhos. E não será de um dia para o outro que a gestão plena das políticas setoriais passará a ser de responsabilidade conjunta entre os membros da sociedade e do Estado, no entanto, observa-se a evolução de um modelo democrático ascendente (BOBBIO, 1997), ou seja, uma forma em que as principais decisões políticas não partem apenas dos líderes de Estado.

A discussão acerca de um futuro da democracia, segundo Bobbio (1997), é uma questão que tem sido feita a diversos estudiosos do tema há muitos anos, no entanto sem grandes profecias sobre tal. Ainda assim, Bobbio (1997), aponta em direção a um modelo democrático menos centralizado, onde as decisões não são jogadas para a sociedade de forma unitária, indo para um modelo democrático participativo, onde as deliberações partem das demandas da sociedade para o Estado.

Autores como Bobbio (1997) e Chambers (2005) apresentam a diminuição de políticas conhecidas como *Top Down* (de cima para baixo), onde as principais decisões são tomadas pelos gestores, sendo que estes visualizam a sociedade como um todo e como clientes de uma política para o bem comum. Em substituição deste modelo, tem-se observado a construção de um sistema chamado de *Bottom-Up* (de baixo para cima) onde as demandas da sociedade partem de deliberações feitas por esta mesma sociedade.

Atrelado a esta perspectiva e adotando a realidade brasileira, a criação dos espaços participativos que foram institucionalizados no Brasil com a Constituição de 1988 confirma esta tendência de inserção da sociedade na agenda política por intermédio dos Conselhos de Políticas Públicas e nos avanços de modelos ascendentes de democracia.

Assim, de acordo com Gohn (2000) os conselhos são concebidos como novos instrumentos de expressão, representação e participação e, em tese, como espaços com potencial para a transformação política, podendo imprimir um novo formato às políticas sociais, pois estão diretamente envolvidos no processo de formação das políticas e na tomada de decisão.

O setor de saúde foi um dos pioneiros neste novo momento democrático brasileiro. Devido as fortes pressões da sociedade em direção a uma política descentralizada e participativa e a partir das resoluções das conferências nacionais de saúde, em especial da Oitava, a Constituição Federal de 1988 possui em seus artigos, elementos que tratam da universalidade da cobertura de saúde, a descentralização administrativa e a cogestão entre Governo e sociedade (FLEURY, 2011). Assim, os conselhos municipais de saúde tornaram-se, em tese, membros nas políticas de saúde, nas decisões e no controle deste setor que deixou de ser, normativamente (Lei 8.142/90), administrado apenas por membros do governo, transformando-se em um espaço descentralizado e participativo.

Seguindo os pressupostos referentes aos novos modelos democráticos de participação assim como a realidade dos conselhos de políticas públicas, este artigo busca descrever os marcos que possibilitaram a construção dos conselhos municipais de saúde, suas potencialidades e limitações.

Neste artigo foi construído uma discussão acerca das origens que levaram a construção dos conselhos de políticas públicas, em especial na área da saúde, buscando compreender os fatos que possibilitaram a criação deste espaço participativo e democrático no cenário brasileiro. Assim, busca-se neste trabalho uma visita às referências bibliográficas que abordam sobre o objeto deste estudo com o objetivo de angariar maior suporte teórico a este trabalho.

Deste modo, na primeira seção do artigo pretende-se apresentar as principais discussões e fatos que levaram a construção dos Conselhos Municipais de Saúde. Assim, abordam-se questões sobre a sociedade, Estado e democracia, com o objetivo de alcançar o modelo deliberacionista de democracia que pressupõe ser o modelo onde os conselhos de políticas públicas melhor se enquadram.

Na segunda parte, antes de um aprofundamento sobre os conselhos de saúde, é apresentado um histórico da construção do Sistema Único de Saúde – SUS e das principais mobilizações da época que levaram a criação do espaço democrático do conselho. Na sequência (terceira parte) é feito uma discussão sobre os conselhos de

políticas públicas e as principais conclusões em que pesquisadores chegaram sobre este espaço democrático.

O último tópico deste estudo, na seção 2.4, foi construído uma interface acerca dos temas apresentados, buscando mostrar as relações existentes que tornaram possível a construção dos Conselhos de Políticas Públicas, em especial, do Conselho Municipal de Saúde.

## **2. Revisão de Literatura**

A origem da democracia deliberativa, eixo democrático que mais se aproxima dos conselhos de políticas públicas será abordado nesta seção, de modo atrelado com o histórico da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, frente aos desafios da gestão da saúde pública.

### **2.1. Sociedade, Estado e Democracia**

O campo de estudo das Ciências Humanas e Sociais tem debatido sobre a institucionalização de um modelo democrático com a orientação de “baixo para cima”, ou seja, com base na participação da sociedade civil na formulação de políticas públicas. Seguindo este pressuposto, acredita-se na passagem de um modelo com base representativa, onde os tomadores de decisão são eleitos para tal finalidade, para uma democracia com as características de uma democracia direta, em uma tentativa de resgatar a soberania popular, tendo como base os princípios da Democracia Deliberativa.

A discussão que antecede a teoria da democracia deliberativa envolve três questões: o que é Sociedade Civil? O que é Estado? Para finalmente, O que é democracia? Com base nas respostas destas perguntas, será possível conduzir a discussão sobre a democracia deliberativa.

De acordo com Bonavides (1994), a sociedade civil se formou antes do Estado. O que pode ser comprovado por intermédio de uma síntese histórica como será apresentado. Nas civilizações antigas, antes das pessoas se organizarem em torno de um Estado legítimo, as principais relações existentes se davam individualmente entre os membros da família, estes eram orientados apenas pelo patriarca. As relações sociais deste período, de acordo com Van-Creveld (2004), eram em Tribos sem Governantes, onde o governo começava e terminava dentro da família, linhagem ou clã.

Com o crescimento da civilização, estes grupos de pessoas passaram a se reunir em “tribos” maiores. No entanto, mesmo estando em maior número, este aglomerado de pessoas ainda não podiam ser considerados como uma sociedade civil. Afinal, como descreve Bresser-Pereira (1995), a sociedade civil é o povo organizado de acordo com os diferentes pesos políticos de que dispõem os grupos sociais em que os cidadãos estão inseridos. Parsons *apud* Bonavides (1994) faz uma definição similar, tratando a sociedade como um grupo derivado de um acordo de vontades, de membros que buscam, mediante o vínculo associativo, um interesse comum impossível de obter somente pelos esforços individuais.

Na medida em que o povo, como podem ser chamadas as pessoas reunidas em um determinado território, começaram a se reunir em grupos de interesse em defesa de seus direitos e objetivos comuns, a sociedade civil começou a se formar, carregando consigo a construção do Estado. Bresser-Pereira (1995), argumentando sobre os estudos de Engels, descreve o Estado como uma estrutura organizacional e política que surgiu da complexificação da sociedade e da sua divisão em classes destinada a manter a ordem dentro da sociedade.

Observa-se assim que a sociedade civil parte de um ponto específico: as pessoas deixam de ser apenas cidadãos agindo individualmente com objetivos próprios, tornando-se membros de associações com interesses coletivos a partir de razões individuais.

Resumidamente, a sociedade civil nasce do surgimento de relações associativas em busca do bem comum, o que acaba legitimando o Estado. Como afirma Bresser-Pereira (1995), o Estado é uma parte da sociedade, é uma estrutura política e organizacional que se sobrepõe a sociedade ao mesmo tempo em que dela faz parte.

Pode-se dizer que o início do Estado Moderno ou democrático partiu do Estado absoluto, passando para Estado liberal que era um instrumento de dominação da burguesia (BRESSER-PEREIRA, 2010) e finalmente chegando ao Estado democrático. O Estado Absolutista foi marcado pela soberania e dominação da nobreza, onde geralmente o Rei possuía total controle sobre a população e quaisquer outros órgãos existentes. Um bom exemplo deste período é a frase dita pelo Rei Sol (Luiz XIV, 1643 - 1715): “O Estado Sou Eu”. Diferente deste modelo, o Estado Liberal que se formou em meados da Revolução Francesa e com grande aporte burguês garante a intervenção mínima do Estado na sociedade, garantindo os princípios de liberdade como o direito à propriedade privada. Por último, o Estado democrático de direito é um conceito de

Estado que busca superar o liberalismo, garantindo não somente a proteção aos direitos de propriedade, mas também o que se denomina “bem comum”.

Afirmado que a sociedade civil e o Estado estão interligados entre si, observa-se a existência de um mecanismo que pode garantir a interação de ambos. Sendo assim, considera-se neste trabalho a democracia como o elo que une a sociedade civil e o Estado, formando assim, o governo. Em termos políticos, Ribeiro (2008) afirma que democracia se constitui a partir de normas que garantem mudanças de governo por intermédio de eleições livres e periódicas. No entanto, Bobbio (2009) afirma que se percebe o aumento da democracia em um país na medida em que o número de espaços democráticos se amplia. Esta afirmação direciona a democracia para arenas deliberativas. Porém, antes de adentrar nestes termos, vale destacar o que Habermas (1995) defende como três modelos de democracia: o liberalismo, o republicanismo e um novo modelo, o qual denomina de teoria do discurso.

Com base em Habermas, o modelo liberal valoriza principalmente o indivíduo, sendo o papel da soberania apenas um status, nada mais que uma lista de direitos. Neste modelo, a sociedade tem um caráter passivo onde se determina o status dos cidadãos a partir dos direitos individuais de que eles dispõem em face do Estado e dos demais cidadãos. Prega-se o respeito, a tolerância, a autonomia, a liberdade. Os processos políticos neste modelo começam a partir de uma soma de preferências individuais, que formam a maioria, por meio de arranjos de interesses, barganhas e agregação. Para eles, o Estado não pode adotar uma atitude paternalista, fazendo opções pelo indivíduo. Deve, ao contrário, ser neutro. De acordo com Habermas (1995) a concepção liberal cumpre a tarefa de programar o Estado para que se volte ao interesse da sociedade.

Ao contrário do modelo liberal, o republicano exalta a coletividade, o indivíduo se reconhece como um sujeito que pertence a uma comunidade participa da vida pública. A política para os republicanos é um processo, desenvolvendo-se de forma dialógica, dinâmica. É o processo de construção do sujeito que só existe porque participa da vida comunitária – o indivíduo existe em função do Estado. Democracia aqui é sinônimo de auto-organização política da sociedade. O valor supremo é o da solidariedade social (HABERMAS, 1995).

Antes de discutir sobre a teoria do discurso, é válido ressaltar a forma como a sociedade participa do processo democrático. Nos contextos liberais e republicanos, os modelos democráticos são o presidencialista e o parlamentarista, ambos modelos representativos.

A democracia representativa, de acordo com Bobbio (2009), significa que as decisões que dizem respeito à coletividade inteira são tomadas por aqueles que são eleitos para o fazerem. Sendo assim, as políticas elaboradas para uma população inteira são realizadas por poucos. Além disso, a sociedade é tratada de forma igualitária e possui pouca participação no Estado.

De acordo com Habermas (1995) a teoria do discurso associa o modelo republicano e liberal em um novo modo de se pensar em democracia, com a principal base o discurso entre os envolvidos. Assim:

A teoria do discurso, que associa ao processo democrático conotações normativas mais fortes do que o modelo liberal, porém mais fracas que o modelo republicano, toma elementos de ambos e os articula de uma forma nova e distinta. (HABERMAS, 1995, p. 47)

A teoria do discurso de Habermas se dirige principalmente para o papel da sociedade civil nas atividades do Estado, abordando os processos comunicativos na formulação de políticas e defesa dos direitos. Nesta teoria, a sociedade deixa de ser considerada pelo Estado como um ser unanime, sem diferenças, passando a ser tratada de maneira pluralista.

Ressalta-se ainda que apenas o discurso não é suficiente para a existência de uma democracia normativa com base na deliberação pública, sendo necessário então a criação de espaços institucionalizados autônomos e em procedimentos democráticos onde prevaleça a opinião pública.

A este aspecto, destaca-se o conceito de Esfera Pública de Habermas. De modo geral, de acordo com Marques (2009),

Uma esfera pública se constitui através da atividade comunicativa, quando diferentes públicos ou indivíduos se organizam em redes comunicacionais articuladas, com o objetivo de discutir sobre os problemas ou questões que os afetam, de assumir um posicionamento, de trocar argumentos e de justifica-los diante das interrogações feitas pelos parceiros de interação. (MARQUES, 2009, p. 16)

Além de Habermas (1995), outros autores como James Bohman (2009) e Joshua Cohen (2009), também discutem sobre a participação da sociedade civil no Estado. De maneira geral, os teóricos que escrevem sobre a democracia deliberativa argumentam em favor da construção da “vontade coletiva” por meio de fóruns plurais, como forma de legitimação das decisões, fazendo uso da “deliberação refletida”. Nos meios e formas de democracia deliberativa, destaca-se o procedimentalismo.

Cohen (2009) traça seu estudo teórico no procedimentalismo. De acordo com Cohen (2009), existem três aspectos na deliberação de acordo com este modelo: 1) a

necessidade de se criar uma agenda e propor soluções alternativas para os problemas dessa agenda; 2) sustentar as soluções encontradas e 3) concluir apresentando alternativas.

A partir disto, observa-se que Cohen parece demonstrar uma preocupação com a operacionalização da democracia deliberativa, oferecendo um modelo procedimentalista de democracia centrado em um sistema político-administrativo, com definições de pré-condições para institucionalização da deliberação pública livre, para tornar a deliberação possível. Neste sentido,

[...] cidadania deliberativa advoga que a legitimidade das decisões políticas deve emergir de processos deliberativos, orientados pelos princípios da inclusão, do pluralismo, da igualdade participativa, da autonomia e do bem comum. Seu exercício requer a existência de espaços sociais para a comunicação de conteúdos e para o reconhecimento de opiniões (OLIVEIRA, 2009, p.5).

Esta observação justifica a criação de espaços deliberativos como os Conselhos Municipais de saúde (CMS's), sendo assim, o tópico seguinte objetiva apresentar as condições que levaram a criação do conselho gestor de saúde no Brasil e no posterior, as principais diretrizes que norteiam esta organização.

## **2.2. A Construção do Sistema Único de Saúde**

Ao considerar o histórico brasileiro relacionado às políticas públicas de saúde, observa-se um maior movimento em direção às melhores condições sanitárias para a população apenas no início da Era Vargas em 1930. Até então, poucas ações aleatórias buscavam a qualidade de vida para a população, como o caso da Revolta da Vacina ou as lutas pelo controle das epidemias principalmente nas regiões portuárias que afetavam diretamente a economia brasileira.

Assim, pode-se afirmar que a construção do Sistema Único de Saúde brasileiro foi um processo que se iniciou com as primeiras políticas de saúde em meados de 1930, no entanto, não apenas de ações do Estado, já que a sociedade buscou, durante os anos que precederam a Construção do SUS por melhores condições de Saúde e por participação nas decisões políticas.

Neste intervalo de tempo (1930 a 1991, quando o SUS foi institucionalizado), a sociedade brasileira passou por experiências democráticas e regimes autoritários até chegar em um Estado Democrático. A este fato, confirma-se a situação da saúde pública brasileira no referido período já que, podia ser considerada desigual e cercado por

interesses das elites (KLEBA 2005; LIMA et al 2005; FALEIROS et al 2006; MACHADO, LEANDRO e MICHALISZYN 2006). Esta situação, pode ser um dos elementos motivadores dos movimentos populares que se formaram no interior do país na busca pelos direitos da população em relação ao setor de saúde e pela reforma sanitária. Devido a estes movimentos, os processos participativos começaram a sobressair na sociedade brasileira.

Dentre as mobilizações populares, até os anos 1940, período em que as relações entre o Estado e a Sociedade no Brasil era marcado especialmente pelo clientelismo, tutela e troca de valores (CARVALHO, 1988), os movimentos sociais que mais se destacaram foram os dos trabalhadores e empregadores brasileiros que exigiam uma maior cobertura do sistema de saúde, até porque, nesta época, segundo Kleba (2005), o sistema de saúde era organizado de três formas: 1) pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs, que financiava, a prestação de serviços de organizações conveniadas exclusivamente aos trabalhadores contribuintes; 2) outra parcela da população tinha acesso à assistência por intermédio de Centros de Saúde e outras instituições sociais, que visavam atender as parcelas menos favorecidas da população, e por último 3) pela iniciativa privada, que prestavam atendimentos através da cobrança de honorários, assegurando assim, as altas classes econômicas do Brasil. Em 1945, devido às pressões exercida pelos trabalhadores, os benefícios de alguns institutos foram ampliados, passando a atender também, os familiares do segurados e os aposentados.

No período que antecedeu o regime militar, o Brasil vivenciou uma curta experiência democrática que foi de 1945 a 1964. Neste intervalo de tempo, existiu no cenário nacional a possibilidade de um aprofundamento na busca pela descentralização das políticas de saúde, gerando discussões em direção do que seria algo semelhante ao SUS. No entanto, as características autoritárias do governo ditatorial que se instaurou por base de intervenção militar encerrou com tais ações antes mesmo de começarem a funcionar.

Maior representatividade da população pode ser observada a partir da década 70. Devido às práticas ditatoriais do governo militar, o Estado passou a ser encarado como opositor e classicista por parte da sociedade civil organizada, gerando assim, uma participação popular mais estruturada, que, além de exigir os direitos de assistência à saúde, buscava políticas sociais mais públicas e também, demandavam acesso ao poder através de espaços nas decisões políticas referentes à saúde (FALEIROS *et al*, 2006).

Outro ponto motivador dos crescentes movimentos sociais na cultura brasileira foi o aumento das desigualdades econômicas e sociais no período do milagre econômico

em meados da década de 1970, conseqüente a isso, a participação da sociedade civil nas decisões passou a ser cada dia mais valorizado “como forma de garantir o redimensionamento das políticas e práticas para o atendimento da necessidade do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde” (CARVALHO 1995 *apud* FALEIROS *et al*, 2006, p. 39). No entanto, o Estado burocrático-autoritário estipulado pelo governo militar fez com que essas práticas participativas recuassem, como exemplo, até mesmo as Conferências Nacionais de Saúde, caracterizadas por ser um espaço aberto para participação, durante este governo, foram transformadas quase que em um encontro técnico para decisões políticas de saúde (LIMA *et al*, 2005).

Com a decadência do regime militar no Brasil, em 1979 a Câmara dos Deputados realizou o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, onde os pensadores críticos opositor-reformistas (formado pela sociedade civil) apontaram a crise do sistema de saúde do país, bem como a necessidade de democratização da sociedade. Foram apresentadas neste evento as primeiras diretrizes idealizadas para a formulação de um sistema de saúde unificado.

Em 1985, a ditadura foi deposta do cenário político brasileiro, e em janeiro do ano seguinte, Tancredo Neves se tornou o primeiro Presidente da República eleito após regime militar no país. No entanto, com sua morte em abril do mesmo ano, quem assumiu o posto foi o seu vice-presidente, José Sarney. Ainda neste ano (1986), ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde com a participação de mais de 5.000 pessoas. Neste evento, dentre as principais diretrizes decididas, podem ser citadas:

- A afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação de políticas e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde;
- A Constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde, incluindo além da esfera governamental, movimentos populares, e;
- A formação de conselhos de saúde, municipais, regionais e estaduais (FALEIROS *et al* 2006).

As diretrizes firmadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde estabeleceram um novo desenho institucional para a participação social na elaboração de políticas, no entanto, a legitimação de um sistema descentralizado de saúde iniciou-se apenas em 1988 juntamente com a universalização dos direitos aos serviços de saúde com Carta Magna deste ano. Na Constituição Federal deste ano, a confirmação da participação popular se encontra nas seguintes cláusulas do artigo 198 da Seção II:

Art. 198 – As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

Em outras palavras, a Constituição Federal se orienta pelas seguintes diretrizes:

Da universalidade e integralidade da cobertura, do reconhecimento dos direitos sociais de cidadania, da afirmação do dever do Estado, da subordinação das práticas privadas à regulação tendo em vista a relevância pública das ações e serviços sociais, de um arranjo organizacional descentralizado caracterizado pelo federalismo cooperativo e de uma perspectiva participativa de cogestão Estado/sociedade (FLEURY *et. al.* 2010, p. 446).

As Conferências Nacionais de Saúde merecem ser destacadas. Como foi observado, foi a partir da Oitava Conferência que os Conselhos de Saúde começaram a se originar, no entanto, as discussões institucionalizadas de saúde já haviam começado em 1941 com a I Conferência de Saúde.

Mesmo sem possuir as características deliberativas, o Governo Federal já sentia a necessidade de estabelecer formas de discussão para conhecer as principais ações tomadas e as necessidades sanitárias existentes. No entanto, em 1964 com o regime militar, as conferências deixaram de ter cunho participativo para se tornar algo estritamente técnico.

Retornando aos Conselhos de Saúde, após a Constituição de 1988, instaurou-se no Brasil um governo de base neoliberal, reduzindo assim, de certo modo, as pressões populares de demandas participativas, ainda assim, durante o governo Collor, algumas leis em favor da saúde e da participação social foram aprovadas, dentre elas, a lei criadora do SUS, a 8.080 de 1990.

A lei regularizadora dos conselhos gestores de saúde foi aprovada dois anos mais tarde em 1990. A lei 8.142 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. Em 1992, a IX Conferência Nacional de Saúde enfatizou a democratização e o fortalecimento dos conselhos, sendo aprovada também a Resolução número 33-92 com as Recomendações para constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde e suas principais competências (FALEIROS *et al* 2006; LIMA *et al* 2008). Esta resolução definiu o Conselho Gestor de Saúde como:

O órgão ou instância colegiada de caráter permanente e deliberativo, em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento de Saúde dos Estados e Municípios, com composição, organização e competência fixada em lei. O Conselho consubstancia a participação da sociedade organizada na administração do Sistema de Saúde, propiciando o controle social desse sistema (BAHIA, 1992, p. 1).

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 & 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.

Em 2003, com o acúmulo de experiência do “Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos conselhos de Saúde” (BRASIL, 2003, p. 3), foram aprovadas novas diretrizes para o funcionamento dos conselhos frente às principais contingências já vivenciadas e com um desenho institucional melhor estruturado, sendo criada então a Resolução 333 de 2003.

O tópico a seguir, pretende se aprofundar sobre as temáticas dos Conselhos de Políticas Públicas, apresentando principalmente, as definições acerca deste espaço democrático.

### **2.3. Conselho de Políticas Públicas**

A (re)democratização brasileira iniciada com a Constituição Federal de 1988 permitiu à população uma maior integração com o Estado na agenda de políticas públicas nos diversos setores da gestão pública. Das formas existentes para participação, Avritzer (2007) aponta três mecanismos que possuem maiores influências no cenário nacional, sendo estes os Planos Diretores, os Orçamentos Participativos e os Conselhos de Políticas Públicas.

O Plano Diretor Municipal, de acordo com Ultramari e Rezende (2008), pode ser entendido como instrumentos de planejamento e de gestão de municípios constituindo,

além da força de lei desses instrumentos, como parâmetro para movimentos ativistas diversos na cobrança de posturas e ações governamentais.

Em relação ao orçamento participativo, Avritzer e Navarro (2003) o definem como um processo participativo na elaboração do orçamento municipal, classificando-o em duas categorias: Orçamento Participativo *Stricto Sensu* que possui um maior envolvimento da população na elaboração e tomada de decisão orçamentária em conjunto com o governo; orçamento Participativo *Lato Sensu* que é considerado como todas as formas de participação que não necessariamente conduzem as decisões acatadas ou aceitas pelo poder público ou pelos agentes que estiverem conduzindo o desenho do orçamento, funciona basicamente mais como uma consulta a população do que um envolvimento deliberativo.

Os conselhos de políticas públicas que são o objeto de análise deste estudo, de acordo com Gohn (2000), é uma criação tão antiga quanto a democracia, existindo no Brasil antes ainda da Constituição Federal de 1988 mais com características distintas do modelo pós-carta magna.

Os conselhos populares segundo Gohn (2000, p. 176),

foram propostos por setores de esquerda ou de oposição ao regime militar e surgiram com papéis diversos, tais como: organismos do movimento popular atuando com parcelas de poder junto ao executivo (tendo a possibilidade de decidir sobre determinadas questões de governo); como organismos superiores de luta e organização popular, gerando situações de duplo poder; ou como organismos de administração municipal, criados pelo governo, para incorporar o movimento popular ao governo no sentido de que fossem assumidas tarefas de aconselhamento, de deliberação e/ou execução.

Pode-se considerar que os conselhos populares descritos por Gohn (2000) eram ferramentas de participação e reivindicação da sociedade frente ao período militar, sendo a institucionalização deste espaço com a Constituição e as leis que vieram em sequência com o desenho do conselho, sendo estes conhecidos agora como conselhos gestores, conselhos deliberativos ou conselhos de políticas públicas.

Os conselhos de Políticas Públicas são instituições híbridas por serem formadas por membros da sociedade civil e do Estado no compartilhamento das decisões acerca de uma determinada política. Nas linhas a seguir, serão apresentadas algumas definições e conceitos para este espaço deliberativo. Vale destacar a existência de outros conselhos que não são deliberativos, como o caso dos conselhos consultivos que são espaços que transmitem apenas opiniões sobre determinado assunto, no entanto, neste estudo, serão foco apenas os conselhos deliberativos. Para Carneiro (2006, p. 151, grifo nosso),

**Os conselhos são espaços públicos (não-estatais) que sinalizam a possibilidade de representação de interesses coletivos na cena política e na definição da agenda pública, apresentando um caráter híbrido, uma vez que são, ao mesmo tempo, parte do Estado e da sociedade.**

Na definição de Carneiro (2006), destaca-se as características híbridas do conselho, ou seja, da interação de membros do governo e da sociedade em uma instituição deliberativa, além disso, aponta que este espaço é um órgão público, no entanto, não estatal.

Em sequência, Coelho (2004, p. 255) apresenta a característica relacionada ao envolvimento dos membros do conselho na formulação de políticas e construção de projetos ao afirmar que “esses conselhos devem levar o projeto do governo para ser discutido pela população e, também, trazer propostas da população aos vários níveis de governo”. Observa-se que Coelho (2004) coaduna com Carneiro (2006) afirma, a final, o conselho de políticas públicas é concebido como um espaço de interação entre diferentes atores, no entanto, esta forma híbrida de atuação deve ser igualitária entre os agentes envolvidos, existindo demandas de ambos os lados.

Gohn (2000) acrescenta à definição de conselho o papel institucional para o qual foi criado, afirmando que:

Os conselhos gestores são novos instrumentos de expressão, representação e participação; em tese são dotados de potencial de transformação política. Se efetivamente representativos, poderão imprimir um novo formato às políticas sociais pois relacionam-se ao processo de formação das políticas e à tomada de decisão. (GOHN, 2010, p.178)

Um dos aspectos apontados pela autora e que merece ser destacado é a efetividade representativa dos conselhos. Em relação à representação em um conselho, de acordo com Avritzer (2010, p.34), “todos esses conselhos adotam a paridade como princípio, mesmo que a forma específica de paridade varie de uma área temática para outra”. A título de exemplo, os Conselhos de Direitos das Crianças e dos Adolescentes são paritários em sua composição ao possuir 50% de membros da sociedade e 50% de membros do Estado. Os Conselhos de Saúde são chamados de tripartite, 50% dos conselheiros são representantes da sociedade, 25% dos trabalhadores na área saúde e o restante de membros do Estado e de prestadores.

No entanto, mesmo possuindo tais características a paridade nem sempre garante a igualdade desses membros dentro do conselho, fato este que pode ser um dos

limitantes na atuação deste espaço democrático que é apontado por Gohn (2000) em sua definição.

Além de problemas referentes a participação, Coelho (2004) cita estudos que apontam problemas que refletem sobre o desempenho especificamente dos conselhos de saúde, os principais fatores que impedem o controle social:

[...] a tradição autoritária do Estado brasileiro; a presença de uma cultura política autoritária que em muitos casos dificulta reconhecer e respeitar o outro como cidadão; a fragilidade da vida associativa e a própria resistência dos atores sociais e estatais em aceitarem participar desses fóruns têm comprometido a efetiva participação social no processo de formulação e gestão da política de saúde. (COELHO, 2004, p. 256)

Os problemas apontados por Coelho (2004) levam em direção a características construídas com base no histórico brasileiro e na evolução da sociedade. Observa-se que períodos patrimonialistas onde a população utilizava os governantes para conseguir vantagens pessoais e períodos autoritários onde a população era submissa ao Estado por este estar passando por um regime militar afetaram características culturais brasileira relacionadas a propensão de participação democrática participativa, seja na relação sociedade/Estado ou Estado/Sociedade. Esse reflexo na interação destes atores é apresentado por Avritzer (2008) que afirma que outro fator ligado ao funcionamento do conselho é a vontade política do governo. Em relação ao Conselho Municipal de Saúde, a título de exemplo, para que o Município receba recursos do Fundo Municipal de Saúde deve possuir um conselho, assim, em certos casos, a criação deste espaço em um município pode ser, simplesmente, para recebimento deste recurso. Assim, o fato de sua existência se justifica apenas como forma de angariamento de fundos e não para desenvolvimento de uma sociedade participativa. Neste caso, o processo deliberativo se subjugaria ao poder do Estado, tornando-se assim apenas um apetrecho da administração municipal. A criação de um conselho municipal deve ir além dos interesses governamentais e a participação neste espaço deve sobressair aos interesses pessoais.

Estes aspectos apresentam um duplo desafio para os conselhos de políticas públicas. O primeiro desafio, em viabilizar políticas públicas, orientando e fiscalizando as condutas do governo. O segundo, ampliar qualitativamente a participação, por meio da construção de espaços de diálogo e da integração equânime de atores plurais. Trata-se, em síntese, de gerir processos coletivos e de apoiar o engajamento social e a deliberação pública (OLIVEIRA, 2009).

## **2.4. Interfaces entre Estado, Democracia Deliberativa e Conselhos de Políticas Públicas**

Pode se considerar que a realidade democrática brasileira começou em 1985 com o fim da ditadura, mais precisamente em 1988 com a Constituição Federal que garantiu à sociedade uma abertura sem precedentes para a participação popular nas diversas esferas da administração pública.

Até então, a relação Estado\Sociedade podia ser considerada, ou como gestor e cliente, ou como autoritário e opositor, já que o contexto brasileiro refletia sob formas gerencialistas de administração pública como também por um período de opressão do governo sobre o povo durante um regime militar.

Em reflexo a esta situação, além das demandas da sociedade que exigiam melhores condições de saúde que eram acessíveis apenas para aqueles com condições econômicas para utilizar a rede privada, ou em situação de vulnerabilidade para serem atendidos por instituições filantrópicas, existiam também exigências para participação na gestão das políticas relacionadas à saúde.

Neste mesmo período, autores como Habermas (1995) e Rawls (1999) desenvolviam correntes teóricas em direção a uma democracia com orientação no discurso, na razão comunicativa entre os atores sociais que possuíssem interesse de participar das decisões políticas, indo além do individualismo liberal e da comunidade republicana, em direção a um sistema deliberativo de participação.

No setor de saúde, as mobilizações sociais ficaram cada vez mais fortes no final da década de 1970, e o fim do autoritarismo possibilitou a construção de uma nova Constituição Federal. Com base nas emendas constitucionais, foi permitido a participação da sociedade na reconstrução da democracia nacional após ditadura, sendo as maiores demandas referentes à universalização da saúde, descentralização e participação da sociedade na gestão.

Em consonância com o modelo deliberativo, foram criados os conselhos de políticas públicas como o elo participativo entre a sociedade e o Estado. Neste momento, o país que até as décadas anteriores possuía uma baixa propensão à participação iniciava um processo de democratização ancorado em um modelo participativo.

Após a Constituição Federal de 1988 e as conquistas da Sociedade frente aos meios democráticos, principalmente no que se refere à participação popular no processo

decisório houve uma diminuição dos movimentos sociais. A característica neoliberal do governo que se estabeleceu em sequência no Brasil, de acordo com Gohn (2004), foi um dos fatores que resfriaram as mobilizações da sociedade durante a década de 1990. Outro elemento está ligado às frentes de lideranças que, em muitos casos, começaram a fazer parte dos poderes executivos e legislativos abandonando as mobilizações sociais.

Um cenário diferente a este iniciou-se nos anos de 2000 com a frente populista do governo de esquerda que venceu as eleições presidencialistas no início da década, dando um maior espaço para a participação da sociedade nas decisões políticas.

Vale ressaltar que a criação deste espaço não garante a participação da sociedade nem o funcionamento do conselho. Atrelado a este fato, Cohen (2009) estabelece processos para que as arenas deliberativas sigam seu papel institucional. Neste sentido, diretrizes normativas são criadas com o intuito estabelecer os procedimentos institucionais para desenvolvimento das ações do conselho.

A figura 1 apresenta as interfaces entre o Estado, a Sociedade e a Democracia na história política brasileira a partir de um eixo fixado na participação da sociedade no processo decisório.



**Figura 1** – Interfaces entre Estado, Sociedade e Democracia

**Fonte:** Elaborado pelo pesquisador, 2013

Como pode ser observado, a participação da sociedade civil no Brasil passou por dois períodos distintos: por um declínio e por uma ascensão. O declínio se deu com o Regime Militar e o Estado autoritário que se instaurou no país em 1964.

Até então, o Brasil passava por um período democrático onde, diversos debates entre Estado e sociedade interagiam frente a novas políticas públicas. Um dos casos que merece ser destaque refere-se às políticas públicas de saúde. As discussões da época levavam o cenário nacional às políticas de saúde para algo semelhante ao atual Sistema Único de Saúde. A repressão militar de um Estado Autoritário, no entanto, como observado na Figura 1, reduziu a participação da sociedade civil na democracia brasileira, considerando aqueles que se pronunciavam contra o regime militar como opositores do Estado.

Ao fim deste período, com uma forte corrente de demandas populares por espaços participativos, a Constituição Federal de 1988 garantiu à sociedade a participação da população na esfera das políticas públicas. Ainda assim, o governo de característica neoliberal e gerencialista de Collor e de Fernando Henrique Cardoso resfriaram, em certa medida, tais processos democráticos ao considerar, pelo modelo administrativo adotado, a sociedade como cliente do Estado, cabendo à sociedade apenas aceitar as políticas criadas pelos governantes.

O governo populista de esquerda que assumiu o governo nos anos 2000 alterou, em parte, esta postura democrática, assim, os conselhos de políticas públicas que se fortaleceram, permitiram uma maior participação da população nas políticas públicas em um modelo democrático que se aproxima dos conceitos de democracia deliberativa.

Assim, observa-se no Brasil, caso se mantenha constante, o crescimento de uma estrutura democrática participativa, com foco na discussão e no argumento daqueles envolvidos na esfera pública.

### **3. Considerações Finais**

A partir deste estudo, identificou-se no Brasil o fortalecimento de um eixo democrático voltado para uma maior interação entre o Estado e a Sociedade nas decisões públicas. Afastando-se assim, do modo tradicional de se fazer política, onde, a maior participação se dá quando os membros da sociedade, de tempos em tempos, comparecem às urnas para elegerem aqueles que tomarão as principais decisões sobre o bem comum. O que tem se visto, é um envolvimento cada vez maior da população em espaços institucionalizados que tem como principal forma de decisão o discurso e o argumento.

Até então, este caminho tem se confirmado no Brasil principalmente com a Constituição Federal de 1988 em reflexo aos movimentos populares que a antecederam.

Assim, aos conselhos que foram criados pós Carta Magna, se aproximam dos conceitos deliberativos de democracia, onde o principal princípio nesta esfera é o discurso livre e racional dos envolvidos.

Deste modo, os processos democráticos dos conselhos, em especial o de saúde, se institucionalizaram por intermédio das leis e resoluções que foram criadas com o intuito de normatizar os conselhos de políticas públicas. Para a saúde, a principal Lei foi a 8.080 que criou o Sistema Único de Saúde e em seguida a Lei 8.142 que incluiu em sua gestão a participação da sociedade por meio de conselhos. As Resoluções que tratam sobre a organização e competência dos conselhos, como a Resolução 333 de 2003 foram sendo criadas na medida do ganho de experiência e reconhecimento das lacunas existentes.

De fato, este espaço pode ser considerado como um órgão carregado de poder e autonomia no compartilhamento das decisões setoriais entre o Estado e a sociedade civil, no entanto, vale destacar um ponto importante sobre os conselhos. Mesmo que seja uma conquista da sociedade em prol de políticas *Botton-up*, a institucionalização de um conselho vem, em primeiro lugar de uma política *top-down*.

Dá-se como exemplo a razão de criação. É o poder Federal que institucionalizou a criação de conselhos para determinadas finalidades. Assim, em determinados casos, o município depende do conselho para receber recursos federais o que obriga o poder executivo municipal a criar o espaço para que possa usufruir de determinado fundo legal.

Assim, em determinados casos, o conselho não passa de uma extensão do governo municipal como ferramenta de gestão central deixando de lado o seu papel democrático. No entanto, a participação popular neste espaço pode gerar consigo a construção de uma cultura participativa, a participação para uma educação democrática da sociedade.

Conclui-se por este trabalho, a ascensão de uma sociedade participativa e de conselhos de políticas públicas como um dos principais influenciadores desta característica e nesta forma de democracia. No entanto, alguns aspectos devem ser discutidos.

O Conselho por si só não garante a autonomia de uma sociedade participativa e comunicativa frente às decisões do Estado. Como foi observado neste estudo, o Brasil vem de uma tradição paternalista e autoritária com uma curta experiência democrática. O que permite inferir a presença de características paternalistas e centralizadoras no Estado Brasileiro.

Destaca-se assim que os conselhos carregam consigo a entrada para um modelo de administração pública para o que Paula (2005) denomina de modelo Societal, ou seja, da fuga de um modo gerencialista de gestão. No entanto, esta forma administrativa ainda não está totalmente inserida no Brasil, sendo, ainda frequente, o controle do Estado diante os conselhos, mesmo sendo este espaço, um lugar de livre argumento e igualdade entre os envolvidos.

Assim, observa-se neste espaço concebido para ser um eixo entre o Estado e a Sociedade nas decisões públicas e de livre participação características que vão contra o seu papel democrático. No entanto, esta instituição deliberativa que é representada pelos conselhos de políticas públicas se mantém no Brasil Democrático como principal ferramenta de interação pública e deliberação, merecendo assim, uma maior atenção em relação a pesquisas científicas.

Destaca-se por fim, que as pesquisas com conselhos de políticas públicas são de difícil generalização, já que os aspectos encontrados em determinada instituição são particulares desta devido suas características culturais e democráticas. Ainda assim, os aspectos encontrados em um estudo podem apontar para os principais fatores positivos deste espaço como parte integrante nas decisões políticas, assim como as limitações que impedem o funcionamento adequado e esperado deste.

#### 4. Referências

AVRITZER, L. & NAVARRO, Z.. (orgs.). **A inovação democrática no Brasil: o orçamento participativo**. São Paulo: Cortez. 2003

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, 2007, p 443-464

AVRITZER, L. Instituições Participativas e Desenho Institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. In. **Opinião Pública**, Campinas, vol. 11, n-1, junho, 2008, p. 43-64

AVRITZER, L. Sociedade Civil e Participação no Brasil Democrático. In. AVRITZER L. (org). **Experiências Nacionais de Participação Social**. Belo Horizonte: Editora Cortez, 2010.

BAHIA. **RESOLUÇÃO CNS No 33-92** – Recomendações para Constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Disponível em: [http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/control/resolucao\\_CNS\\_333.pdf](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/control/resolucao_CNS_333.pdf). Acesso em: 14 de junho de 2012.

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

BOBBIO, N. **O Futuro da Democracia**. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

BOHMAN, J. O que é a deliberação pública? Uma abordagem dialógica. In: MARQUES, A. C. S. **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 31-84.

BONAVIDES, P. **Ciência Política**. 10. ed. São Paulo: Malheiros Editores LTDA., 1994.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 14 de julho de 2012.

BRASIL. **RESOLUÇÃO No 333 de 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 de junho de 2012.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Estado, Sociedade Civil e Legitimidade Democrática. **Lua Nova - Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 36, p. 85-104, 1995.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A Construção Política do Estado. **Lua Nova**, São Paulo, p. 117-146, 2010.

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.

CARVALHO, M. C. A. **Participação Social no Brasil Hoje**. São Paulo, Editora POLIS, 1998

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.

CHAMBERS, R. **Ideas for development**, London: Earthscan, 2005.

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.

FALEIROS, V. P.; SENNA DA SILVA, J. F.; VASCONCELLOS, L. C. F., SILVEIRA, R. M. G.. **A Construção do SUS**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006

FLEURY, S.; OUVENEY, A. S. M.; KRONEMBERGER, T. S.; ZANI, F. B. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. 2010;28(6):446–55.

FLEURY, S. Brasil: no Caminho da Sustentabilidade e da Igualdade na Saúde. In, **The Lancet**. Maio, 2011.

GOHN, M. G. O Papel dos Conselhos Gestores na Gestão Urbana. In: TADEI, A. C. R. E. **Repensando a Experiência Urbana na América Latina: questões, conceitos e valores**. Buenos Aires: CLACSO, 2000.

HABERMAS, J. Três Modelos Normativos de Democracia. **Lua Nova**, São Paulo, v. 36, p. 39-53, 95.

KLEBA, M. E. **Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil: limites e possibilidades de uma estratégia para o empoderamento**. Chapecó, Editora Argos, 2005.

LIMA, N. T.; et al. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.

MACHADO, P. H. B.; LEANDRO, J. A.; MICHALISZYN, M. S.. **Saúde Coletiva: um campo em construção**. Curitiba, Editora Ibpex, 2006.

MARQUES, Â. C. S. **A Deliberação Pública e suas dimensões sociais políticas e comunicativas: textos fundamentais**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

OLIVEIRA, V. C. S. Sociedade, Estado e Administração Pública: Análise da Configuração Institucional dos Conselhos Gestores do Município de Lavras. 2009. 303f. Tese (Doutorado em Administração), Universidade Federal de Lavras

PAULA, A. P. P.. **Administração Pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social**. Jan./mar. vol. 45, n.1, 2005.

RAWLS, J. **A Theory of Justice**, Harvard University Press, 1999.

RIBEIRO, A. C. O Dilema em Torno da Esfera Pública: a centralidade do conceito dentro da teoria deliberativa da democracia e suas reformulações a partir da proposta Habermasiana. **Revista Habitus**, Rio de Janeiro, p. 37-46, mar. 2008.

SACARDO, G. A.; CASTRO, I. E. N. **Conselhos de Saúde**. São Paulo: Instituto Pólis/PUC-SP, 2002.

ULTRAMARI, C.; REZENDE, D. A. Planejamento estratégico e planos diretores municipais: referenciais e bases de aplicação. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 12, n. 3, art. 5, p. 717-739, 2008.

VAN-CREVELD, M. **Ascensão e Declínio do Estado**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

## **CONSELHO DE POLÍTICAS E PARTICIPAÇÃO: ASPECTOS DO FUNCIONAMENTO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG**

### **Resumo**

Os Conselhos de Saúde foram reconhecidos no Brasil como espaços para interação da sociedade em conjunto com o Estado nas decisões e políticas do Sistema Único de Saúde – SUS por intermédio da Lei Federal 8.142 de 1990, dois anos após a Constituição Federal de 1988. A construção deste espaço pode ser compreendida como uma conquista da sociedade frente os processos de tomada de decisão que até então, eram controlados pelo governo central. Assim, a partir de sua construção, o conselho possibilitou a entrada de todos no ciclo de políticas públicas da saúde. Em relação ao processo democrático, os Conselhos de Saúde, além da lei 8.142, tem como base a Resolução 333 de 2003 que define normativamente, as formas de funcionamento do conselho, sua organização e competências. Em 2012, a Resolução 456 substituiu a 333, no entanto, a metodologia deste estudo manteve como foco a 333. De acordo com que foi apresentado, esta pesquisa teve como objetivo 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 análise documental, onde foi estudado 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.

## **COUNCIL POLICY AND PARTICIPATION: ASPECTS THE FUNCTIONING OF CITY COUNCIL OF HEALTH OF BELO HORIZONTE – MG**

### **Abstract**

Health Councils were recognized in Brazil as spaces for interaction of society in conjunction with the State in the decisions and policies of the Health System -. SUS through the Federal Law 8142 of 1990, two years after the Federal Constitution of 1988 Building this space can be understood as an achievement of society against the processes of decision making that had previously been controlled by the central government. Thus, from its construction, the board allowed the entry of all the public health policy cycle. In relation to the democratic process, the Boards of Health, in addition to law 8142, is based on Resolution 333 of 2003 normatively defines the ways of functioning of the board, its organization and skills. In 2012, Resolution 456 replaced the 333, however, the methodology of this study remained focused on the 333. According to what was presented, this research aimed to understand the functioning of the Municipal Council Health of Belo Horizonte based on minutes plenary council in Resolution 333 of 2003 and the Internal Rules of the Board. The method of data analysis used for this work was documentary analysis, where the minutes of the plenary of the Council from 2004 to 2012 and content analysis was studied. As a result, it can be highlighted the proper functioning of the Municipal Council Health of Belo Horizonte, however, with low involvement of representatives of the State in the processes of decision-making which may affect the scope of the purpose of the council is making the free public decision.

## 1. Introdução

A criação dos Conselhos de Políticas Públicas no Brasil pode ser considerada como o marco da institucionalização pelo Estado da participação cívica no processo democrático brasileiro, onde a sociedade deixou de ser considerada apenas como um cliente do Estado possibilitando agora a ser um membro atuante da agenda política.

Até o início da década de 1990, a formulação de políticas públicas brasileiras, por seguir modelos burocráticos e gerenciais de administração, era realizada, apenas, de forma centralizada e fechada entre os governantes, sendo as principais deliberações sobre o bem comum discutida apenas pelos representantes eleitos pelo povo nos períodos democráticos, ou centrada no poder dos governantes nos períodos de ditatoriais.

Com a Constituição de 1988, a predominância deste modelo foi reduzida, já que a Carta Magna Nacional tratava agora da descentralização e da participação em diversos setores, inclusive nas políticas públicas de saúde.

Em relação à descentralização, os municípios passaram a ser membros federativos do Estado, com autonomia nas decisões políticas municipais. Sobre a participação, as pessoas se tornaram membros desse novo modelo de gestão com os conselhos de políticas públicas (AVRITZER, 2007).

Esta nova forma de gestão, que tem como principais precursores as áreas da saúde e da assistência social, se aproximam de uma vertente teórica que tem se destacado no campo da democracia: o modelo deliberativo.

Diferente de um modelo liberal onde o predomínio se dá no individualismo e na mínima intervenção do Estado, e de um modelo republicano onde há uma maior atuação do poder soberano e uma 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).

Esta nova forma de participação, permite que a sociedade se torne membro efetivo na agenda de políticas públicas em um espaço híbrido de interação da população com os representantes do Estado.

Na área da saúde que é o foco deste estudo, os conselhos de políticas públicas, para que cumpram seu papel institucional na formulação, controle e avaliação de políticas, assim, como na fiscalização da gestão da saúde, normas e diretrizes são

necessárias. Neste sentido, a lei 8.142 de 1990 e a Resolução 453 de 2012, em substituição da 333 de 2003 regem o funcionamento deste espaço.

Assim, os conselhos de saúde tornaram-se, para a administração brasileira, teoricamente, instrumentos efetivos de transformação política e de participação cívica, onde a possibilidade do compartilhamento da gestão faz do conselho um espaço carregado de poder e autonomia no processo decisório (GOHN, 2004).

Além disso, vale ressaltar algumas limitações que afetam o desenvolvimento do conselho, tanto como órgão presente na gestão da saúde como espaço democrático. Aspectos como a centralização do poder executivo no interior do conselho, a assimetria de informações entre os representantes dos variados segmentos do conselho, o motivo de criação do conselho e as características governamentais locais são elementos prejudiciais ao conselho.

Nestes aspectos, toma-se como referência para este estudo o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Esta escolha se fundamenta em duas justificativas: a primeira referente à área do conselho, o setor das políticas de saúde é um dos pioneiros na participação cívica nas discussões da agenda política. A segunda escolha referente ao conselho a ser estudado, também foi orientada pelo pioneirismo, já que o conselho de Belo Horizonte foi um dos primeiros no Brasil.

A próxima seção deste estudo apresentará uma revisão com a principal literatura sobre o tema para melhor compreensão dos resultados.

## **2. Revisão de Literatura**

Para melhor compreender o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CMS/BH, serão apresentados a teorias e conceitos que contribuem para que o objetivo deste estudo seja alcançado. Sendo assim, a literatura contemplada nas próximas linhas procuram descrever sobre o envolvimento da sociedade na democracia, o ciclo de políticas públicas e as questões normativas que respaldam sobre este espaço.

Os conselhos de políticas públicas são instituições que muito se aproximam do modelo democrático deliberacionista, onde todos os envolvidos em determinado assunto tem direito de participar, de forma igualitária, das decisões políticas.

Este envolvimento na agenda política do conselho faz com que se torne necessário conhecer os conceitos referentes à política pública e o ciclo de políticas. Por fim, para compreender o funcionamento do conselho, serão apresentadas as leis e resoluções que norteiam este espaço democrático.

## 2.1. A Sociedade nas Políticas Públicas

Inúmeras formas de participação têm preenchido os diversos setores da administração pública, seja como forma de conselhos de políticas públicas ou orçamentos participativos.

De acordo com Brugué (2009), esta participação tem partido de um reconhecimento da crescente complexidade da sociedade e da diversidade dos problemas que se encontram apenas nas mãos dos governantes. Assim, o Estado estaria compreendendo suas próprias limitações, e a inclusão da participação cívica seria uma forma de o governo aprender sobre as principais demandas de uma sociedade cada vez mais complexa e possa fazer as políticas para esta.

Gohn (2004) também reconhece esta crescente complexidade da sociedade, no entanto, a compreensão desta autora se difere do pensamento de Brugué (2009). Para ela, a abertura para a participação cívica não parte de uma visão do Estado de uma sociedade plural e de difícil entendimento das demandas existentes e sim, de uma conquista por parte da população de uma nova forma de se 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)

A participação da sociedade em espaços deliberativos como os conselhos de políticas públicas avançam sobre procedimentos formais de democracia como o modelo representativo onde a sociedade se envolve na vida política apenas nos momentos de 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).

De acordo com Bobbio (1997), estes aspectos referentes à participação, às políticas públicas que deixam de ser predominantemente dos gestores para a população começam a ser formuladas, agora, de baixo para cima, da sociedade para o Estado, é a evolução de um modo ascendente das decisões acerca do bem comum.

Assim, o que se vê é a ampliação do processo de democratização, do surgimento de uma autonomia da sociedade na formulação da agenda política, na fiscalização e controle destas. Segundo Avritzer (2010), no Brasil, a maior participação se deu a partir da Constituição Federal de 1988, sendo os principais espaços para deliberação da sociedade os orçamentos participativos e os conselhos de políticas, este último, objeto deste estudo.

Os conselhos de políticas públicas, no caso, o de saúde, é um espaço plural, deliberativo, de formulação, controle e fiscalização de políticas públicas. Sendo plural, por ser um local onde todos, independente das concepções físicas ou culturais, podem participar de forma igualitária.

Sendo assim, antes de conhecer as questões normativas que regem este espaço, será apresentado alguns conceitos referentes a políticas públicas e o ciclo de políticas.

## **2.2. Políticas Públicas**

Os conselhos municipais de saúde são instituições democráticas participativas, que possuem, além de um papel de fiscalizador, um envolvimento institucionalizado na agenda políticas públicas de saúde. Assim, para compreender o funcionamento do conselho, torna-se necessário compreender, além das questões normativas do conselho, os conceitos relacionados a políticas públicas.

De acordo com Easton (1965), política pública pode ser definido como um sistema, uma relação entre elaboração, resultados e o ambiente, sendo que as políticas recebem inputs dos partidos políticos, mídias e grupos de interesse da sociedade civil, que influenciam seus resultados e efeitos.

Para Saravia (2006) “Política Pública” deve ser percebida como fluxo de decisões públicas, estruturado para manter o “equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar essa realidade”. Esse fluxo de decisões públicas é permeado por valores, interesses de diversos grupos e segmentos da sociedade civil organizada, dentre outros fatores externos e internos à decisão pública, bem como uma estrutura normativo-legal que busca moldar o comportamento dos envolvidos com políticas públicas.

De maneira conceitual, pode-se definir política pública como:

o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006, p.20-45).

Nesse sentido, apresenta-se a “Policy Analysis”, concebida por Frey (2000) sob a ótica de três dimensões da política, para melhor compreender os espaços de decisões sobre políticas públicas. “Polity” para denominar as instituições políticas, se refere à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico e à estrutura institucional do sistema político-administrativo. “Politics” para os processos políticos, e tem-se em vista o processo político, frequentemente de caráter conflituoso, no que diz respeito à imposição de objetivos, aos conteúdos e às decisões de distribuição. Por fim, “Policy” para os conteúdos da política refere-se aos conteúdos concretos, isto é, à configuração dos programas políticos, aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas. Ainda segundo Frey (2000), outros termos importantes à compreensão da “Policy Analysis” são “Policy Networks”, “Policy Arena” e “Policy Cycle”.

O termo “Policy Networks” é utilizado primeiro por Hecló (1978) como as interações das diferentes instituições e grupos tanto do executivo e do legislativo quanto da sociedade civil na gênese e na implementação de uma determinada política. “Policy Networks”, refere-se a redes de relações sociais que se repetem periodicamente, mas que se mostram menos formais e delineadas do que relações sociais institucionalizadas, nas quais é prevista uma distribuição concreta de papéis organizacionais. Todavia, essas redes sociais evidenciam-se suficientemente regulares, para que possa surgir confiança entre seus integrantes e se estabelecer opiniões e valores comuns.

A concepção da “Policy Arena” foi originalmente introduzida no debate científico por Lowi (1972). Ele parte do pressuposto de que as reações e expectativas das pessoas afetadas por medidas políticas ou governamentais têm um efeito antecipativo para o processo político de decisão e de implementação. Os custos e ganhos que as pessoas esperam de tais medidas tornam-se decisivos para a configuração do processo político. O modelo da Policy Arena refere-se, portanto aos processos de conflito e de consenso dentro das diversas áreas de política, as quais podem ser distinguidas de acordo com seu caráter distributivo, redistributivo, regulatório ou constitutivo.

Para Souza (2006) o termo “Policy Cycle” entende a política pública como um ciclo deliberativo, formado por vários estágios e constituindo um processo dinâmico e de aprendizado. Esse termo destaca a definição de agenda política de um país, questionando porque algumas políticas têm prioridade em relação a outras, conseguindo entrar na agenda política de um país, Estado ou município. Segundo Frey (2000) ao subdividir o agir público em fases parciais do processo político-administrativo de resolução de problemas, o “Policy Cycle” acaba se revelando um modelo dotado de um conjunto de regras e métodos que levam à descoberta, inovações e à resolução de problemas.

Embora existam vários modelos de divisões do agir público, o autor propõe uma divisão que contemple aspectos mais específicos, acrescentando fases as quais podem ser 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 a eventual correção da ação. No que tange à fase da percepção e definição de problemas, interessa a questão: como, em um número infinito de possíveis campos de atuação política, alguns “Policy Issues” vêm se mostrando apropriados para um tratamento político, gerando, conseqüentemente, um “Policy Cycle”.

Em relação à fase de Agenda-Setting observa-se que um fato pode ser percebido, pela primeira vez, como um problema político por grupos sociais isolados, mas também por grupos políticos ou pela administração pública. Porém, é nesta fase que se decide se o problema em questão vai ser inserido na agenda política atual ou se o mesmo deve ser excluído ou adiado para uma data posterior.

Na fase de Elaboração de Programas e Decisão é preciso escolher a mais apropriada entre as várias alternativas de ação. Segundo Frey (2000), normalmente precedem ao ato de decisão, processos de conflitos e de acordos, envolvendo pelo menos os atores mais influentes na política e na administração.

Quanto a fase de Implementação de 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 coloca como aquela em que se apreciam os programas já implementados 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).

A partir do histórico exposto a respeito das fases de políticas públicas considera-se que os elementos principais das políticas públicas podem ser assim destacados e sintetizados:

- i) A política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; ii) A política pública envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes; iii) A política pública é abrangente e não se limita a leis e regras; iv) A política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados; v) A política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo; vi) A política pública envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação (SOUZA, 2006, p. 36).

Souza (2006) levanta dois pressupostos analíticos que regeram a constituição e a consolidação dos estudos sobre políticas públicas, segundo os quais, em democracias estáveis, aquilo que o governo faz ou deixa de fazer é passível de ser formulado cientificamente e analisado por pesquisadores independentes.

Para Abrucio (2007) e Avritzer (2009), no campo da ciência política, quatro questionamentos são relacionados aos problemas de investigação quando se trata do assunto “política pública”. O primeiro questionamento, considerado clássico da ciência política atrelado ao sistema político, busca compreender o que é um bom governo e qual é o melhor Estado para garantir e proteger a felicidade dos cidadãos ou da sociedade. Esse tipo de questionamento fomentou as preocupações primordiais dos teóricos clássicos Platão e Aristóteles. O segundo questionamento é o político, que se refere à análise das forças políticas cruciais no processo decisório. O terceiro questionamento

diz respeito à análise de campos específicos de políticas públicas como as políticas econômicas, financeiras, tecnológicas, sociais ou ambientais. E, finalmente, as investigações podem ser voltadas aos resultados que um dado sistema político vem produzindo. Nesse caso, o interesse primordial consiste na avaliação das contribuições que certas estratégias escolhidas podem trazer para a solução de problemas específicos.

Entretanto, o interesse da análise de políticas públicas não se restringe a aumentar o conhecimento sobre planos, programas e projetos desenvolvidos e implementados pelas políticas setoriais. Visando à explanação das “leis e princípios próprios das políticas específicas”, a abordagem da “Policy Analysis” pretende analisar a inter-relação entre as instituições políticas, o processo político e os conteúdos de política com o arcabouço dos questionamentos tradicionais da ciência política (WINDHOFF-HÉRITIER, 1987).

As políticas públicas têm efeito na economia e nas sociedades, por isso qualquer teoria da política pública necessita também explicar as inter-relações existentes entre Estado, política, economia e sociedade. E é esse fato que desperta o interesse de pesquisadores de diversas áreas científicas tais como a ciência política, a administração, a economia, a sociologia e a antropologia, em entender esse tema e explicar as consequências que trazem aos envolvidos a implementação de cada política pública. É também nesse sentido que se podem notar os avanços empíricos e teóricos que esses estudos têm trazido à sociedade.

O processo de política pública mostra-se como forma moderna de lidar com as incertezas decorrentes das rápidas mudanças do contexto. Começa com os esforços de alguns países europeus, do Japão, dos Estados Unidos e do Canadá para responder, de forma mais eficiente, às demandas e necessidades sociais. Na América Latina, o Chile aplica critérios e técnicas de política pública em algumas áreas de ação governamental, particularmente no que diz respeito à coordenação central das políticas. Em outros países, com exceção de algum setor específico, as políticas públicas são mero discurso político e tecnocrático. No entanto, é possível analisar formas de condução das atividades do governo por meio das categorias de política pública (SARAVIA, 2006, p. 28).

Por fim, cabe destacar que a participação efetiva, entendida como a interação entre os atores sociais envolvidos no processo de formulação e implementação de Políticas Públicas, é muito importante. Dessa forma para se obter um grau cada vez maior de eficiência de um governo que atue, seja na economia, ou em qualquer outro aspecto que envolva o futuro de um país, todas as partes que sofrerão com as mudanças

advindas da implementação da política pública devem participar do seu processo de elaboração, execução e avaliação. Para isso a sociedade civil deve estar organizada politicamente (por exemplo, por meio de conselhos gestores de políticas públicas), ou seja, resolvendo seus conflitos por meio do diálogo, em um ambiente democrático, distante de qualquer influência negativa que possa distorcer os resultados almejados.

### **2.3. Questões Normativas do Conselho**

De acordo com Martins, Ckagnazaroff e Lage (2012), os conselhos de políticas públicas na área da saúde foram criados como mecanismos representativos onde todos aqueles que são afetados por políticas de saúde podem participar da agenda política, incluindo os membros do Estado, prestadores de serviço, trabalhadores na área da saúde e os usuários do SUS.

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. Sendo assim, de acordo com 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 numa atuação conjunta ao Estado na elaboração e gestão de políticas sociais.

Para que o conselho consiga alcançar o objetivo para o qual foi criado e para que o desenho institucional seja devidamente delineado, preceitos normativos cercam o conselho com questões relativas a 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 pretende estudar, de 2004 a 2012. Devido a este fato, as normas utilizadas como referência neste estudo relacionam-se a 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. Em relação as três

últimas, uma diz respeito à sua organização, outra à estrutura e funcionamento e a última, às competências do conselho.

O capítulo que descreve a organização do conselho apresenta a forma de representatividade dos membros do conselho, ou seja, quantos membros e de quais áreas farão parte da instituição. Reafirma também a importância dos usuários do SUS no espaço deliberativo, já que, define que 50% dos membros devem ser desta área. Os outros 50% são representantes de entidades de trabalhadores de saúde e membros do governo (25% das vagas para cada setor). Em relação ao número de membros, cada conselho deve definir em seu regimento o número de representantes. O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte conta com 72 conselheiros, sendo 36 efetivos e o restante 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 a voz nas discussões, no entanto, o poder de voto destes são válidos apenas na ausência dos efetivos.

Um ponto que vale ser destacado nesta diretriz é o item VII que traz o seguinte texto: “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, já que o garante como um espaço carregado de poder e com autonomia em sua atuação.

Em relação à estrutura e funcionamento do conselho, a diretriz que trata sobre este assunto procura confirmar o dever do governo frente ao conselho, que é garantir a referida autonomia do espaço deliberativo para o pleno funcionamento do conselho. Além disso, cita a necessidade de um quórum mínimo para que ocorra a deliberação e a forma de participação na gestão da saúde. Onde, de acordo com a norma, 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. Em relação as decisões, elas devem ser deliberadas apenas com quórum mínimo do conselho, que é metade dos conselheiros mais um.

Por último, as Competências que são estabelecidas pela Resolução 333 podem ser apontadas como a finalidade da existência do conselho, o porquê da criação deste espaço já que definem as áreas de atuação do conselho.

Assim como Cohen (2009) que argumenta sobre o procedimentalismo, são as competências estabelecidas na Resolução que geram a construção da agenda do conselho municipal, e conseqüentemente, as medidas que devem ser tomadas por eles.

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, entre outras competências.

As competências estabelecidas na Resolução 333 permite 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.

### **3. 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. Sendo assim, decidiu-se por fazer um estudo do *locus* de pesquisa como forma de melhor conhecer e aprofundar sobre o tema, sendo assim, o objeto de análise será 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.

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

O município de Belo Horizonte – BH, em 2010, possuía uma população de aproximadamente 2.375.151 habitantes, a densidade é de 7.177 habitantes por km<sup>2</sup> e Produto Interno Bruto-PIB R\$ 51,7 bilhões, sendo o PIB per capita de R\$ 2.1748,25 (IBGE, 2010). Ainda assim, os aspectos que levaram a escolha do Conselho de Saúde da capital mineira não estão relacionados aos índices populacionais nem aos econômicos, mais sim, nas características acerca da construção da sociedade civil belorizontina.

A sociedade de BH, segundo Montenegro (2011), se formou por base em lutas e mobilizações diante o poder municipal, principalmente, pela exclusão de parte da população na estruturação do município. Assim, a sociedade se construiu com base 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 – CMS/BH, além de ser considerado como referência nacional, foi um dos primeiros a se institucionalizar no país, sendo que os fóruns que o originaram são anteriores a lei 8.142 o que comprova a

cultura participativa do município. Devido a estes fatos a escolha do CMS/BH para a construção deste estudo.

### **3.2. Ferramentas metodológicas**

O estudo que tem como característica ser um estudo qualitativo descritivo, procurará por meio de uma análise documental, descrever o funcionamento do conselho com base nas normas estabelecidas pela Resolução 333 de 2012.

Segundo Neves (1996) a pesquisa documental é constituída pelo exame de materiais que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reexaminados com vistas 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 oito anos estudados.

A análise e construção do relatório de pesquisa foram feitas 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 quando tomamos 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 a definição dos procedimentos a serem seguidos; 2) exploração do material: implementação dos procedimentos definidos; 3) tratamento dos dados e interpretação: geração de inferências e dos resultados da investigação, onde as suposições poderão ser confirmadas ou não.

Neste estudo, as principais categorias que serão apresentadas a seguir foram construídas *a priori*, com base no Regimento Interno de Conselho e da Resolução 333 de 2003. Na sequência, por intermédio das análises das atas, foram criadas as subcategorias de estudo, as quais estão descritas na seção seguinte.

### **3.3. Categorias de Análise**

As categorias de análise foram construídas em duas etapas distintas: a) a primeira com base na Resolução 333 e no Regimento interno do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, onde as competências do conselho foram divididas em 5 grandes categorias para que, b) na segunda etapa referente à análise das atas, fossem construídas subcategorias com base nas elaboradas *a priori*, estas se encontram como subcategorias das grandes grades.

Assim, as categorias de análise se apresentam da seguinte forma:

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 a 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.

Os informes gerais foram divididos em seis subcategorias com os assuntos que foram mais citados no conselho, sendo estes:

- 6.1. Solicitações e Comentários Referentes ao Funcionamento de Conselhos (Municipal, Distrital e Local);
- 6.2. Informes sobre Eventos;
- 6.3. Fiscalização e Gestão de Unidades de Saúde;
- 6.4. Fiscalização, Solicitações e Esclarecimentos da Secretaria Municipal de Saúde;
- 6.5. Falas Diversas

Em relação aos Assuntos de Pauta, cinco grandes categorias foram criadas com base na Resolução 333, essas cinco grandes categorias foram subdivididas em outras construídas com a partir da leitura das atas, apresentam mais precisamente os assuntos relacionados àquela categoria:

1. **Força de Trabalho:**
  - 1.1. Desempenho da força de trabalho;
  - 1.2. Contratação de mão-de-obra;
  - 1.3. Capacitação da mão-de-obra;
  - 1.4. Aspectos financeiros;
  - 1.5. Supervisão, controle e fiscalização.
2. **Políticas Públicas:**
  - 2.1. Discussão sobre planos e políticas de saúde;
  - 2.2. Conferências Municipais de Saúde;
  - 2.3. Leis e regulamentos externos ao conselho;
  - 2.4. Congressos, seminários e fóruns de saúde;
3. **Fiscalização da Gestão:**
  - 3.1. Unidades de Saúde;
  - 3.2. Gestão da Secretaria de Saúde;

3.3. Orçamento para a Saúde;

**4. Conselho e Conselheiros:**

4.1. Capacitação de Conselheiros;

4.2. Participação em Eventos;

4.3. Conselhos e Comissões de Saúde;

4.4. Conselhos Distritais e Conselhos Locais de Saúde;

4.5. Participação e Funcionamento do Conselho;

4.6. Falta de Quórum para a reunião;

**5. Gestão do SUS:**

5.1. Gestão de Contratos e Convênios;

5.2. Comissões de Saúde;

5.3. Atendimento e Procedimentos de Saúde/Criação de Unidades de Saúde;

5.4. Proposições Orçamentárias

5.5. Melhorias, Alterações e Fortalecimento de Unidade de Saúde.

**4. Resultados e discussões**

Nesta seção será apresentado uma descrição do funcionamento do Conselho de Saúde de Belo Horizonte com base nas categorias descritas nos aspectos metodológicos construídas a partir das atas das reuniões e das competências do conselho descritas na Resolução 333. As informações aqui presentes procuram representar em números informações como os principais assuntos debatidos no conselho e quais membros possuem maior participação nas plenárias. Assim, nesta etapa do trabalho, não será realizado um resgate da literatura para comparação empírica, ficando a seção seguinte responsável por esta função.

O primeiro quadro apresentado diz respeito ao número de reuniões do CMS/BH. De acordo com a Resolução 333, o conselho deve ser 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	<b>44</b>
(02) Gestão 2006 – 2008	20	24	<b>44</b>
(03) Gestão 2008 – 2010	28	19	<b>47</b>
(04) Gestão 2010 – 2012	23	17	<b>40</b>
<b>Total</b>	<b>97</b>	<b>78</b>	<b>175</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013

Como pode ser observado, o conselho se reuniu de forma ordinária praticamente uma vez por mês, ao considera os prováveis recessos que podem ocasionar a não realização das reuniões. 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 menor intervalo de tempo, o que indica uma atuação frequente do conselho, ao menos nos aspectos referentes a possibilidade de discussão em plenárias

A partir das atas estudadas, constatou-se que 308 assuntos foram colocados em pauta durante os oito 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 quatro gestões.

**Quadro 2 – Pautas e Informes por Gestão**

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

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2013

Observa-se a partir deste quadro que o assunto mais pautado pelo CMS/BH estava relacionado à Gestão do SUS. Destaca-se que o conselho é um espaço construído para participação da sociedade na cogestão do Sistema Único de Saúde brasileiro. Os aspectos referentes a esta categoria serão apresentados mais adiante. As primeiras informações a serem apresentadas são referentes a categoria 6, como apresentado na metodologia, são os informes gerais.

No momento dos informes gerais no conselho, qualquer pessoa que esteja participando na plenária, conselheiro ou não, pode se pronunciar. É a hora de falar sobre problemas nas unidades de atendimento ou fazer alguma solicitação para o CMS/BH ou para a Secretaria Municipal de Saúde, é um espaço para que os gestores prestem esclarecimentos que não estão pautados, assim como para que os conselheiros falem sobre cursos e seminários na área da saúde. o Quadro 3 apresenta a distribuição dos informes nas quatro gestões.

O que pode ser observado na tabela, a maior parte dos informes estão relacionados a Categoria 6.1 – Solicitações e Comentários Referentes ao Funcionamento de Conselhos (Municipal, Distrital ou Comissão Local).

**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>	
<b>(01) Gestão 2004 – 2006</b>	131	48	102	96	99	<b>476</b>
<b>(02) Gestão 2006 – 2008</b>	148	45	83	24	117	<b>417</b>
<b>(03) Gestão 2008 – 2010</b>	254	66	136	35	90	<b>581</b>
<b>(04) Gestão 2010 – 2012</b>	114	89	146	39	233	<b>621</b>
<b>Total</b>	<b>647</b>	<b>248</b>	<b>467</b>	<b>194</b>	<b>539</b>	<b>2.095</b>

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

O Conselho de Saúde de Belo Horizonte forma no município uma grande rede de participação cívica, já que, todos os distritos do município possuem um conselho de saúde e diversas comissões locais, justificando assim, o fato da maior presença nos informes gerais de assuntos relacionados ao funcionamento do conselho e sua rede conselho.

Em síntese, esta rede participativa formada pelo Conselho Municipal de Saúde consegue envolver no processo democrático cerca de 3.000 pessoas no município Belo-horizontino, já que o CMS/BH é subsidiado pela contribuição das comissões locais e dos Conselho Distritais.

Outro destaque, relaciona-se as categorias 6.3 e 6.4. A categoria 6.5, como já apresentado, são assuntos diversos, formados por informes diversos que não estão ligados a área de saúde ou participação.

A 6.3 – Fiscalização e Gestão de Unidade de Saúde então, pode ser considerada como o segundo assunto mais comentado nos informes ao se excluir a 6.5. A priori, era de se esperar que este assunto fosse o mais comentado nesta etapa das plenárias, já que neste momento há a possibilidade de alertas, reclamações ou denúncias sobre alguma unidade de saúde. A categoria 6.4 – Fiscalização, Solicitações e Pedidos de Esclarecimentos da Secretaria Municipal de Saúde é o assunto com menos incidência nos informes, apenas 12,5% fizeram neste espaço alguma comentário relacionado a esta categoria.

O Quadro 4 apresenta a distribuição destes informes por tipo de participante do conselho e pela forma que o assunto foi comentado.

Novas categorias foram criadas para identificar as formas de participação durante os informes gerais com o intuito de identificar os tipos de contribuição que cada

segmento do conselho deu aos trabalhos da plenária durante os informes gerais. Assim, as categorias relacionadas às falas possuem o seguintes significado: 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>	
<b>Sociedade</b>	<b>71</b>	240	117	165	52	215	<b>789</b>
	<b>72</b>	25	5	9	9	16	<b>64</b>
	<b>73</b>	5	0	11	2	4	<b>22</b>
	<b>74</b>	12	4	12	7	6	<b>41</b>
<b>Gestores/ Prestadores</b>	<b>71</b>	52	17	26	15	56	<b>166</b>
	<b>72</b>	20	5	22	9	20	<b>76</b>
	<b>73</b>	2	0	0	0	1	<b>3</b>
	<b>74</b>	6	5	6	3	3	<b>23</b>
<b>Trabalhadores</b>	<b>71</b>	142	52	102	37	119	<b>452</b>
	<b>72</b>	30	2	8	3	8	<b>51</b>
	<b>73</b>	13	0	6	1	0	<b>20</b>
	<b>74</b>	7	1	4	6	10	<b>28</b>
<b>Participantes/ Convidados</b>	<b>71</b>	86	38	87	39	73	<b>323</b>
	<b>72</b>	3	1	4	5	2	<b>15</b>
	<b>73</b>	1	0	1	0	1	<b>3</b>
	<b>74</b>	3	1	4	6	5	<b>19</b>

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

Este quadro pretende apresentar como se dá a participação daqueles que comparecem às plenárias do conselho, sejam estes conselheiros ou não, no momento dos informes gerais. Como pode ser observado, o seguimento que mais se caracteriza como relator dos informes foi o de representantes da Sociedade, sendo a maior incidência destes em assuntos relacionados ao Conselho de Saúde. O seguimento dos Gestores/Prestadores são os que menos passaram informes, no entanto são os que mais prestaram esclarecimentos. A parcela da sociedade que frequentava as plenárias e não eram conselheiros não teve uma participação acentuada nos informes gerais, o que sugere um baixo envolvimento de pessoas externas ao conselho durante as reuniões ordinárias e extraordinárias. 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 deliberarem sobre unidades de atendimento.

As próximas informações que serão apresentadas destacam as características do funcionamento do conselho relacionadas aos assuntos discutidos e deliberados como pauta das reuniões.

Cada quadro contará com a distribuição das pautas por gestão e em seguida outra tabela ilustrará as informações referentes à participação do CMS/BH. Vale destacar que esta participação foi contabilizada apenas com momentos de falas durante a deliberação, propostas de votações e respostas/esclarecimentos. As falas da mesa quando estes colocam algum assunto em pauta ou passam alguma informação referente ao processo não foram consideradas. O primeiro Quadro relacionado às pautas (quadro 5) apresenta a distribuição da categoria 1 – Políticas Ligadas a Força de Trabalho em Saúde e suas subcategorias.

**Quadro 5** – Categoria 1 – Assuntos Relacionados 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>	
<b>(01) Gestão 2004 – 2006</b>	1	1	1	1	5	<b>9</b>
<b>(02) Gestão 2006 – 2008</b>	0	1	2	3	1	<b>7</b>
<b>(03) Gestão 2008 – 2010</b>	0	0	4	0	1	<b>5</b>
<b>(04) Gestão 2010 – 2012</b>	0	0	2	0	0	<b>2</b>
<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 atenta às exigências do SUS e dos usuários do serviço de saúde.

Vale destacar que questões relacionadas a força de trabalho também estão presentes na categoria 2, quando discutem sobre políticas para a força de trabalho, na categoria 3, quando apresentam sobre a fiscalização de unidades de saúde assuntos sobre a mão-de-obra do SUS podem ser citadas e na categoria 5, principalmente nas questões referentes a contratos e convênios. Estes itens não comparecem nesta categoria

por um motivo, o que a categoria 1 pretende analisar está diretamente ligado, apenas, a gestão da força de trabalho no SUS.

O quadro de número 6 tem como objetivo ilustrar a distribuição da participação durante as deliberações desta categoria com o intuito de apresentar se existe, ou não, equilíbrio entre os membros durante as plenárias do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

**Quadro 6 – Participação na Categoria 1 – Assuntos Relacionados 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 já apresentado anteriormente, o conselho de saúde possui quatro tipos representantes divididos em três segmentos: Sociedade, Gestores/Prestadores e Trabalhadores, sendo este segmento 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. No entanto, de forma isolada, na categoria 1.5 essa situação se inverte, existindo maior participação da sociedade.

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

A próxima categoria (2) relaciona-se com as discussões acerca de políticas públicas de saúde, o plano municipal de saúde, eventos para propagação de informações relacionadas a saúde e a 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 Cohn (2009) todos aqueles envolvidos com a área da saúde e que tenham interesse tem 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>	
<b>(01) Gestão 2004 – 2006</b>	7	3	0	4	14
<b>(02) Gestão 2006 – 2008</b>	16	5	1	0	22
<b>(03) Gestão 2008 – 2010</b>	21	3	1	4	29
<b>(04) Gestão 2010 – 2012</b>	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 por este quadro a importância dada ao conselho para assuntos ligados às políticas públicas de saúde, sendo os planos e as discussões sobre as políticas públicas de saúde os aspectos que mais se destacam nesta categoria. Assim, infere-se em um sobre um papel participativo em pontos como a proposição de políticas e discussões sobre as existentes. O Quadro 8 apresenta como se dá a participação dos envolvidos nas plenárias nesta categoria.

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

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

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2013

O reflexo da participação nesta categoria encontra-se em equilíbrio no CMS/BH, com um forte envolvimento de todos os representantes, inclusive de não conselheiros. No entanto a situação não se mantém com os representantes dos Gestores/Prestadores que, como na última categoria, são os que menos participam das deliberações.

O quadro 9 apresenta a Categoria 3 que está relacionada com a Fiscalização da Gestão da Saúde. Neste aspecto, se faz presente 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>	
<b>(01) Gestão 2004 – 2006</b>	6	4	4	<b>14</b>
<b>(02) Gestão 2006 – 2008</b>	1	2	5	<b>8</b>
<b>(03) Gestão 2008 – 2010</b>	5	4	2	<b>11</b>
<b>(04) Gestão 2010 – 2012</b>	1	7	2	<b>10</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>13</b>	<b>43</b>

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 como um ponto positivo para o conselho, já que, pelo que pode ser inferido por este quadro, o poder executivo de BH não consegue agir por si só, sendo supervisionado constantemente pelo CMS/BH. O próximo quadro apresenta como é a participação dos representantes durante estas pautas.

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

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

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2013

Também nesta categoria, observa-se a baixa participação dos Gestores/Prestadores, sendo que a maior incidência nos debates foi justamente na Categoria 3.2 em consonância com o tema, fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde. 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>	
<b>(01) Gestão 2004 – 2006</b>	2	2	0	1	5	0	<b>10</b>
<b>(02) Gestão 2006 – 2008</b>	0	1	0	1	8	4	<b>14</b>
<b>(03) Gestão 2008 – 2010</b>	1	5	2	0	9	2	<b>19</b>
<b>(04) Gestão 2010 – 2012</b>	2	1	3	0	9	1	<b>16</b>
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>31</b>	<b>7</b>	<b>59</b>

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 de mesa da mesa diretora além dos procedimentos do conselho.

Assim, são discutidos 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 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, já 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	
<b>Sociedade</b>	19	35	7	10	169	<b>240</b>
<b>Gestores/Prestadores</b>	10	13	10	1	72	<b>106</b>
<b>Trabalhador</b>	23	28	10	7	158	<b>226</b>
<b>Participantes/Convidados</b>	16	1	0	13	119	<b>149</b>
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>77</b>	<b>27</b>	<b>31</b>	<b>518</b>	<b>721</b>

Fonte: Dados da Pesquisa, 2013

A categoria 4.5, como era esperado devido a maior frequência de vezes que compareceu em pauta, foi o assunto que teve maior participação durante as deliberações, sendo em maior parte de representantes da sociedade que representa mais que o dobro dos gestores/prestadores.

Assim, observa-se nesta categoria também um baixo envolvimento do segmento gestor, que, como tem se visto nos quadros anteriores referentes a participação, 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 relacionados com a gestão do Sistema Único de Saúde no Município de Belo Horizonte.

**Quadro 13** – Categoria 5 – Pautas Relacionadas a 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>	
<b>(01) Gestão 2004 – 2006</b>	9	4	6	5	6	<b>30</b>
<b>(02) Gestão 2006 – 2008</b>	10	1	5	8	3	<b>27</b>
<b>(03) Gestão 2008 – 2010</b>	7	5	1	1	3	<b>17</b>
<b>(04) Gestão 2010 – 2012</b>	19	3	1	7	1	<b>31</b>
<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 assim o mais presente durante as plenárias. Vale destacar neste aspecto que o compartilhamento da gestão do SUS é o fato motivador para o qual os conselhos de saúde foram construídos, e esta visão é compartilhada pelo CMS/BH, já 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	<b>337</b>
<b>Gestores/Prestadores</b>	78	10	11	11	17	<b>127</b>
<b>Trabalhador</b>	154	25	31	30	51	<b>291</b>
<b>Participantes/Convidados</b>	146	17	48	12	49	<b>272</b>
<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 foi apresentado os assuntos que, durante os anos estudados, constituíram o funcionamento do CMS/BH. No entanto, apenas as informações, colocadas como foram, não conseguem descrever se todos os assuntos foram discutidos e se chegam 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

<b>Categ.</b>	<b>Assuntos colocados em Deliberação (%)</b>	<b>Assuntos que chegaram a Proposta (%)</b>	<b>Categ.</b>	<b>Assuntos colocados em Deliberação (%)</b>	<b>Assuntos que chegaram a Proposta (%)</b>
<b>1.1</b>	100	100	<b>4.1</b>	100	100
<b>1.2</b>	100	100	<b>4.2</b>	100	66,7
<b>1.3</b>	88,8	88,8	<b>4.3</b>	100	40
<b>1.4</b>	100	100	<b>4.4</b>	100	100
<b>1.5</b>	85,7	71,4	<b>4.5</b>	87	70
<b>2.1</b>	92,3	67,3	<b>4.6</b>	0	0
<b>2.2</b>	71,4	57,1	<b>5.1</b>	86,4	79,5
<b>2.3</b>	100	25	<b>5.2</b>	61,5	46,1
<b>2.4</b>	87,5	37,5	<b>5.3</b>	100	76,9
<b>3.1</b>	92,3	69,2	<b>5.4</b>	88,2	88,2
<b>3.2</b>	88,2	76,5	<b>5.5</b>	100	90
<b>3.3</b>	84,6	92,3	<b>5.6</b>	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, todos as categorias que foram 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 discutidos geralmente chegam a 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 o conselho.

#### **4.1. Síntese dos Resultados**

Na seção anterior, foi apresentado uma descrição com os principais aspectos relacionados ao funcionamento do conselho de saúde com base nas atas das plenárias do CMS/BH. Neste capítulo, o objetivo consiste em elaborar uma síntese dos resultados obtidos.

Observa-se com os resultados encontrados, 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.

Os conselhos 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. Sendo assim, este espaço passou a fazer parte da agenda de políticas públicas de saúde e co-gestor 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 oito anos, entre reuniões ordinárias e extraordinárias, os conselheiros se encontraram em plenária 175 vezes, cerca de 22 vezes por ano, quase que duas vezes por mês. Estes números representam a importância que é dada aos assuntos relacionados à saúde, já que, neste período, 308 pautas foram discutidas, sendo o assunto mais presente àqueles relacionados justamente a 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 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 participar das decisões da saúde pública municipal. A este aspecto, destaca-se que nestes oito 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 de 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 ao conselho em 30 dias. Caso o gestor não apresente ao conselho os motivos da não homologação das decisões, o conselho pode recorrer na justiça atrás dos direitos concedidos ao espaço.

De acordo com Machado e Lucas (2013) existe o risco da natureza participativa do conselho não venha a acontecer quando as resoluções aprovadas pelo conselho não são homologadas pelo poder executivo. Segundo estas mesmas autores, 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 em que o poder executivo se opunha. 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, onde 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 refugar 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 Machado e Lucas (2013), onde é apresentado que, quando a secretaria se opõe a 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 aprova-lo, em caso contrário, podem se calar por administrar a saúde. O que justifica a necessidade de um conselho forte.

Stralen *et. al.* (2006) confirma 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 desejem interagir neste espaço democrático.

## **5. 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 de acordo com que todas as competências dos conselhos de saúde 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 conselho que busca cumprir com os objetivos legais para o qual foi criado, reunindo em plenária frequentemente e abordando diversos assuntos em deliberações públicas. Utilizando dos poderes concedidos com a Constituição de 1988 e com as normas seguintes, o CMS/BH tem um envolvimento que vai além das plenárias e dos seus membros, a final, 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 funcionamento do conselho, o CMS/BH está cumprindo seu papel.

No entanto, foi observado nesta análise uma baixa intervenção nas plenárias 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, mais 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 de saúde se esbarra em questões que vão, da cultura política local ao desenho institucional do conselho.

Em relação 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 divide as vagas com o último referido. No entanto, as deliberações públicas podem passar por vieses que vão da formação da pauta da reunião em plenária até da homologação desta.

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

Em relação a homologação, o Estado garantiu ao conselho poder para deliberar sobre as questões de saúde, no entanto, não deu a este, o direito das decisões tomadas publicamente sejam efetivamente homologadas. Uma forte burocracia impede o eficiente funcionamento do conselho, já que, 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 do Ministério Público que aplicará ações que levarão as discussões de volta ao conselho neste ciclo.

A 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, onde, para estes, o CMS/BH se mantém apenas como um figurante no processo político da saúde, a atuação do conselho pode estar 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 que levam a 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.

## 6. Referências

ABRUCIO, F. L. **Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas.** Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública – Edição Especial Comemorativa (1967-2077), p. 67-86.

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, 2007, p 443-464

AVRITZER, L.; SILVA, E. M. da. Introdução. In AVRITZER, L. (Org.) **Experiências nacionais de participação social.** São Paulo: Cortez, 2009a, p. 07-12.

AVRITZER, L. Sociedade Civil e Participação no Brasil Democrático. In. AVRITZER L. (org). **Experiências Nacionais de Participação Social.** Belo Horizonte: Editora Cortez, 2010.

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 No 333 de 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 de junho de 2012.

BRUGUÉ, Q. Uma Administracion que Habla es una Administración qu e Piensa: de la gestión pública a la administración deliberativa. In. GOBIERNO DE ARAGÓN. **Participation Ciudadana Para uma Administracion 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.

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.

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, jul-dez, 2004, p. 257-283

HABERMAS, J. Três Modelos Normativos de Democracia. **Lua Nova**, São Paulo, v. 36, p. 39-53, 95.

HECLO, Hugh. Issue Networks and the Executive Establishment. In: Anthony King (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., GERSCHAMAN, S., EDLER, F., SUÁREZ, J.. (Org.). **Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS**. 1 ed.Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, v. 1, p. 353-383.

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, abr/jun, 2012, p. 221-245

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. Pontifícia universidade Católica de Minas Gerais ,Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais. Belo Horizonte, 2011.

NEVES, J. L. **Pesquisa qualitativa**: características, usos e possibilidades. Cadernos de Pesquisas em Administração, v. 1, n.3, 2º 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**, vol. I, Brasília: ENAP, 2006, p. 21-42.

SOUZA, C. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

STRALEN, C. J van; *et al.* Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. in **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 11, 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/New York: Campus, 1987.

## CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE: ANÁLISE A LUZ DA PERCEPÇÃO DOS CONSELHEIROS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

### Resumo

A introdução de novas formas de administração pública no modelo brasileiro de gestão possibilitou o compartilhamento das decisões acerca das políticas setoriais em diversos campos relacionados ao bem comum, assim, o que era centralizado nos governantes passou a ser descentralizado e com a participação de todos os envolvidos. A este aspecto, encontra-se no setor de saúde um dos segmentos mais avançados quando se trata da participação da sociedade na vida pública com base nos conselhos. Os conselhos que se aproximam de um modelo deliberativo de democracia, podem ser definidos como espaços deliberativos da engenharia político-institucional do Sistema Único de Saúde do Brasil, constituindo uma inovação crucial para a democratização das decisões setoriais. A partir destes aspectos, este artigo tem como objetivo identificar a percepção dos conselheiros municipal de saúde de Belo Horizonte em relação ao Conselho e se percebem neste espaço um órgão que realmente possibilite a participação e o compartilhamento da gestão de saúde. Como ferramenta de pesquisa, para coleta de dados foi utilizado à entrevista semi-estruturada e para análise a técnica de Análise do Discurso. Dentre os resultados, foi observado a percepção de um conselho que cumpre seu papel institucional. Ainda assim, algumas fragilidades também foram encontradas como a identificação de um espaço predominantemente fiscalizador em detrimento do formulador de políticas em reflexo a existência de dependência da secretaria de saúde para atuação do conselho.

## **CITY COUNCIL OF HEALTH: ANALYSIS IN THE LIGHT OF PERCEPTION ANALYSIS OF THE ADVISER OF HEALTH BELO HORIZONTE**

### **Abstract**

The introduction of new forms of public administration in the Brazilian management model enabled the sharing of decisions about the various sectoral policies related to the common good, as well as, which was centered on rulers became decentralized and with the participation of all involved fields. In this aspect lies in the healthcare industry one of the most advanced segments when it comes to civil society participation in public life on the basis of advice. The advice approaching a deliberative model of democracy can be defined as deliberative spaces of political-institutional engineering Health System of Brazil, being a crucial to the democratization of sectoral innovation decisions. From these aspects, this article aims to identify the perceptions of municipal council members of Belo Horizonte in relation to the Council and perceive this space an organ that actually allows the participation and sharing of healthcare management. As a research tool for data collection was used to semi-structured interviews and analysis to discourse analysis. Among the results, the perception of a board that meets its institutional role was observed. Still, some weaknesses were also found as the identification of a predominantly watchdog space at the expense of the policymaker reflecting the existence of dependence of the Secretary of Health to operate the board.

## 1. Introdução

A introdução de novas formas de administração pública no modelo brasileiro de gestão possibilitou o compartilhamento das decisões acerca das políticas setoriais em diversos campos relacionados ao bem comum, assim, o que era centralizado nos governantes passou a ser descentralizado e com a participação de todos os envolvidos. A este aspecto, encontra-se no setor de saúde um dos segmentos mais avançados quando se trata da participação da sociedade na vida pública.

Antes da Constituição Federal de 1988 que institucionalizou a sociedade na agenda política, a área da saúde já estava envolvida em mobilizações sociais em busca de demandas opostas as condições do período, então as reivindicações seguiam em contradição com o regime militar da época, já que, além de melhorias nas condições de saúde, buscavam a democratização e descentralização da gestão do setor.

No final do período militar, o Brasil se encontrava em um cenário com forte propensão participativa e em busca de um modelo democrático que estabelecesse diretrizes descentralizadoras e com aporte no compartilhamento da gestão política com a sociedade. Em resposta, a Constituição Federal de 1988 garantiu acesso para participação principalmente nas áreas da saúde e da assistência social. Assim, as normas que vieram na sequência, na área da saúde, institucionalizaram a participação da sociedade em conselhos de políticas públicas.

Os conselhos de saúde, assim, representam uma conquista da sociedade frente ao processo decisório. De acordo com Labra (2005), os conselhos “são espaços deliberativos da engenharia político-institucional do Sistema Único de Saúde do Brasil, constituindo uma inovação crucial para a democratização das decisões setoriais” (p. 353).

Esta forma institucionalizada de participação cívica se aproxima de um modelo democrático que tem como precursores a Habermas (1995) e Rawls (1999) e é denominado como Democracia Deliberativa. Neste modelo, a sociedade é organizada de forma a interagir com o Estado para, com base na comunicação racional, deliberar sobre as políticas públicas.

Neste modelo, de acordo com Cohen (2009), além de procedimentos formais de deliberação, alguns princípios devem reger o funcionamento de uma instituição deliberativa, sendo estes a igualdade dentre os membros que participam das discussões, a liberdade política para que não exista pressões do poder executivo e o de publicidade, para que todas as informações sejam simétricas entre os envolvidos.

Dentre as normas que definem os procedimentos deste espaço, para o Conselho de Saúde que é o objeto de estudo deste artigo, as principais são a lei 8.142 de 1990 que cria o conselho e a Resolução 453 de 2012, que substitui a 333 de 2003 e define a organização, funcionamento e competências do conselho.

Quanto à organização, o conselho de saúde é um órgão tripartite, ou seja, 50% dos representantes são membros da sociedade civil organizada, 25% de representantes de trabalhadores e os últimos 25% de gestores/prestadores. Em relação às competências, o conselho deve discutir, dentre outros aspectos, sobre a gestão da saúde, fiscalização e políticas públicas de saúde. Por fim, em relação ao funcionamento, a plenária do conselho deve deliberar em reuniões periódicas e com quórum mínimo sobre os assuntos descritos nas competências.

Observa-se então no conselho municipal de saúde, um espaço institucionalizado de participação, carregado de poder e autonomia que possibilita um compartilhamento da gestão do SUS em todas as instâncias federativas. Assim, a partir do que foi apresentado, objetiva-se neste artigo, identificar a percepção dos conselheiros em relação ao Conselho Municipal de Saúde e se percebem neste espaço um órgão que realmente possibilite a participação e o compartilhamento da gestão da saúde. Procura-se também descobrir se os conselheiros reconhecem o cumprimento do papel institucional do conselho neste novo modelo democrático.

Para alcançar estes objetivos, este artigo apresenta um estudo de caso do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, um dos conselhos mais antigos do Brasil e com uma rede de participação que envolve todo o município.

Em relação às ferramentas metodológicas utilizadas para construção deste estudo, para coleta de dados, foi à entrevista semi-estruturada, onde o entrevistador parte de um formulário pré-elaborado que possibilite a introdução de novas perguntas durante o processo. Para análise, categorizar as informações na forma de análise de conteúdo não foi à ferramenta escolhida, como o objetivo foi de identificar a percepção dos conselheiros, decidiu-se por uma análise do discurso onde as principais informações encontradas nas entrevistas constroem os resultados deste estudo.

Com o intuito de melhor apresentar os conceitos sobre este espaço deliberativo, assim como o eixo democrático a que pertence, a próxima seção se dedica a revisão da literatura que discute sobre o tema em questão.

## 2. Revisão de Literatura

Para melhor compreender os resultados a que se pretende chegar, justifica-se conhecer alguns aspectos teóricos acerca dos conselhos de políticas públicas, no caso, do Conselho Municipal de Saúde. Assim, serão apresentados a seguir alguns conceitos a respeito do Tema.

A primeira parte descreve o modelo democrático. A democracia deliberativa é o eixo democrático que mais se aproxima deste espaço com o discurso, a igualdade, a não tirania e a participação como as principais características deste modelo.

Na sequência, será apresentado as características e a evolução da participação cívica no Brasil como eram antes da Constituição Federal e como ficou após a Carta Magna.

Por fim, os aspectos mais relevantes sobre o conselho municipal de saúde, sua construção e preceitos normativos serão descritos.

### 2.1. Democracia Deliberativa

Os conselhos de políticas públicas são instituições participativas que estão fortemente ligadas aos conceitos deliberativos de democracia, seguindo esta afirmação, nesta seção alguns conceitos sobre este modelo serão apresentados.

Percebe-se na evolução do pensamento democrático um olhar para o passado, na aproximação de um modelo grego de democracia direta onde todos podiam participar das decisões do Estado. Na realidade, nem todos podiam participar na Democracia Grega, a *pólis* como era conhecido o local onde ocorriam as deliberações era preenchida apenas por pessoas com títulos de cidadãos, excluindo mulheres e escravos e mestiços. Da mesma forma, não existe a possibilidade de uma população tão grande e densa decidir todos juntos sobre o bem comum.

Em consonância a estes fatos, autores como Jonh Rawls (1999) e Jürgen Habermas (1995) apontam em direção a um modelo deliberacionista de democracia, que procura a participação de todos, por meio do discurso e da comunicação nas decisões políticas. No entanto, por não existir formas para que efetivamente todas as pessoas participem das discussões do Estado, justifica-se assim as instâncias deliberativas como os Conselhos de Políticas Públicas, onde todos aqueles que desejem, podem, e tem e direto de participar das decisões acerca do bem comum.

Nas palavras de Joshua Cohen (2009), “por democracia deliberativa entendo, aproximadamente, uma associação cujas relações são governadas pela deliberação pública de seus membros” (p.85). Bohman (2009), em sequência a esta definição, defende que o ideal no processo deliberativo é a participação de todos os cidadãos na tomada de decisão, mas reconhece a impossibilidade de ocorrência deste fato na sociedade atual. Assim, afirma que a deliberação deva acontecer em corpos representativos, que continuam deliberativos somente se “os cidadãos votarem e escolherem seus representantes na base da participação em debates públicos e discussão de questões” (p. 37).

De acordo com Ugarte (2004), um dos elementos da democracia deliberativa justamente é a ideia de que todos devem participar de forma coletiva na tomada de decisão sobre as políticas que lhe são destinadas, mas quando não é possível, que estas deliberações aconteçam entre os representantes escolhidos pela sociedade.

A título de exemplo da aplicação de representatividade de Bohman, os Conselho Municipais de Saúde tem seus representantes eleitos pelos participantes das instituições envolvidas com o conselho.

Benhabib (2009), define o funcionamento desta instituição na democracia deliberativa para que esta seja legítima:

De acordo com o modelo deliberativo de democracia, uma das condições necessárias para se atingir a legitimidade e a racionalidade em processos coletivos de tomada de decisão com relação a uma política é que as instituições políticas sejam organizadas de tal modo que aquilo que é considerado de interesse geral resulte de processos de deliberação coletiva, conduzidos racionalmente e de modo justo entre indivíduos livres e iguais (BENHABIB, 2009, p. 112).

Nesta afirmação, Benhabib (2009) destaca a necessidade que todos aqueles envolvidos no processo deliberativo sejam tratados como iguais, sem preconceitos relacionados a nível de escolaridade, faixa etária, gênero ou outras características quaisquer.

A mesma autora afirma ainda que o processo deliberativo deve seguir as seguintes características:

- 1) A participação nessa deliberação é governada pelas normas de igualdade e simetria; todos têm as mesmas chances de iniciar atos de fala, de questionar, de interrogar e de instaurar um debate; 2) todos têm o direito de questionar os tópicos designados para a conversação e 3) todos possuem o direito de produzir argumentos reflexivos sobre as regras do procedimento discursivo e sobre o modo como são aplicadas ou empregadas. (BENHABIB, p. 113)

Seguindo a linha de Habermas (1995) e a teoria do discurso, Cohen (2009) descreve que a legitimidade da democracia deliberativa está na troca de razões entre os indivíduos por intermédio da comunicação igualitária e pluralista.

Para que essa legitimidade seja alcançada, Cohen (2009) descreve o procedimento ideal para uma democracia deliberativa, e argumenta que existem três aspectos sobre estes, “[...] decidir sobre uma agenda, propor soluções alternativas para os problemas dessa agenda, sustentar essas soluções com razões e concluir apresentando uma alternativa” (p. 92).

Partindo destes pressupostos, que a democracia deliberativa é o livre discurso entre os cidadãos, percebe-se que neste novo método decisório a força da população na agenda política, justificando assim, a necessidade de se conhecer sobre a participação cívica brasileira para compreender o espaço deliberativo que é o Conselho Municipal de Saúde.

## **2.2. Participação Cívica no Brasil**

De acordo com Avritzer (2010), o Brasil, até a década de 1980 podia ser considerado um país com uma baixa propensão a participação popular devido às características culturais e administrativas brasileiras, fortemente ligadas à verticalização das decisões e ao clientelismo.

O histórico brasileiro e a formação da sociedade deste país esteve por muitos anos na parcimônia, “por debaixo das asas do governo”, a espera do que os governantes tinham a oferecer para população em termos do bem comum e em troca de favores pessoais.

Pode se considerar, em parte, que as marcas deste período patrimonialista, que tinham nos coronéis a principal identidade, fomentaram as atitudes políticas e as formas de gerenciamento da administração pública. Resumidamente, aqueles que possuem maiores condições econômicas se sobressaiam por meio de favores àqueles que não tinham em troca de votos nas eleições.

Em sequência ao patrimonialismo, adotou-se no Brasil o modelo de administração burocrático. Bresser Pereira (2005) enumera um conjunto de princípios que irão dar forma e visibilidade ao modelo burocrático que além de caracterizar este modelo de administração, justifica o baixo envolvimento da população com a coisa pública e a pouca propensão à participação. A administração burocrática passa a ser pensada e praticada sob as seguintes orientações: formalização das funções e atividades

administrativas; unidade de comando fundamentada na organização hierárquica das instituições; centralização de poder via processo decisório; profissionalismo por meio do desenvolvimento de competências e habilidades administrativas; impessoalidade nas formas de tratamento da gestão pública; configuração organizacional pautada na estrutura piramidal de cargos e funções; estabelecimento de rotinas pouco flexíveis; normas e regras de controle atreladas aos processos administrativos; e, foco em uma burocracia de Estado constituída por administradores profissionais, preferencialmente isentos das tramas e seduções políticas.

Por último, o modelo que deu sequência no Brasil foi o modelo Gerencialista, este modelo de organização administrativa do espaço público, focou seus objetivos em duas frentes: de um lado, a incorporação por parte dos gestores públicos de técnicas e ferramentas gerenciais como as utilizadas no meio privado; do outro, houve a propagação de idéias de Estado Mínimo e enxugamento da “máquina pública”. Ambas as frentes de perspectivas gerencialistas procuravam reestruturar o Estado-Nação nos moldes da administração privada e das orientações advindas do processo de globalização (PAULA, 2005; BRESSER PEREIRA, 2010; SPINK, 1998).

Todos estes modelos adotados no Brasil, pelas características apontadas, deram pouco espaço para o envolvimento da população para discussão das políticas públicas relacionadas ao bem comum. Ainda assim, algumas situações como as manifestações dos trabalhadores por melhores condições previdências, movimentos sanitaristas por melhores condições na saúde pública contribuíram no desenvolvimento de uma política com orientação mais participativa.

Essas mudanças, segundo Avritzer e Pereira (2005) são os resultados de um longo processo de reorganização da sociedade civil, das suas formas de relação com o Estado e de um longo processo de transformações institucionais, jurídicas e administrativas, especialmente a nível local, ocorrido no Brasil desde o final dos anos 70. O auge deste período foi o movimento constituinte com as emendas populares que propuseram uma maior participação da sociedade no Estado.

Avritzer (2007) afirma que participação política no Brasil democrático tem sido marcada por dois fenômenos importantes: a ampliação da presença da sociedade civil nas políticas públicas e o crescimento das chamadas instituições participativas.

O Brasil dos anos 90, com a Constituição Federal de 1988, é marcado por um conjunto de espaços de participação política. Destes, pode-se destacar diferentes formas de envolvimento da sociedade na vida pública, entre as quais poderíamos destacar as diferentes formas de orçamento participativo, os conselhos, além de um conjunto de

formas consultivas e deliberativas de participação da população no processo de tomada de decisão acerca da distribuição de bens públicos, das políticas públicas e da deliberação sobre prioridades orçamentárias (AVRITIZER, 2010).

Em relação aos conselhos de políticas públicas, o de saúde foi um dos percursos deste espaço no Brasil com a lei 8.142 de 1990, que institucionalizou o conselho como órgão legítimo para deliberação na agenda da saúde. Este fato é uma das justificativas para a escolha do Conselho Municipal de Saúde como objeto de estudo. Os principais aspectos deste espaço serão apresentados na seção seguinte.

### **2.3. Conselho Municipal de Saúde**

Três meses após a institucionalização do Sistema Único de Saúde com a lei 8.080 de 1990, foi sancionada a lei 8.142 do mesmo ano que dispunha sobre a participação da sociedade na gestão do SUS com base nos conselhos de saúde, sendo este definido pela lei como:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente. (BRASIL, 1990)

A lei de criação, em sua definição de conselho já fazia uma apresentação da composição do conselho assim como suas competências, fazendo desse espaço um membro presente na agenda de políticas públicas de saúde, na formulação e controle de políticas e na fiscalização das ações destas. As resoluções que foram escritas na sequência, tendo com a mais atual a 453 de 2012, confirmaram o papel do conselho além de definir as principais diretrizes para este.

Um dos pontos que merece ser destacado deste espaço é a função deliberativa do conselho. Como apresentado na definição, o CMS participa da gestão da saúde de todas as formas, na fiscalização das unidades de atendimento, na elaboração de políticas e no controle orçamentário e econômico, a partir de resoluções, recomendações, moções, sendo as decisões acerca destes assuntos realizadas de forma conjunta entre a sociedade, gestores, prestadores e trabalhadores na área da saúde.

De acordo com a Resolução 453,

[...] A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O

Conselho de Saúde será composto por representantes de entidades, instituições e movimentos representativos de usuários, de entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, do governo e de entidades representativas de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião plenária. (BRASIL, 2012)

Além da participação cívica de forma deliberativa do conselho, este espaço é carregado de poder e autonomia em suas atribuições. Mesmo que nas normas esteja descrito que o gestor da saúde deve homologar as decisões do conselho, este, deve, por obrigação, prestar esclarecimentos ao conselho quando não ocorra a homologação.

O Pleno do Conselho de Saúde 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 e nem enviada justificativa pelo gestor ao Conselho de Saúde 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 à justiça e ao Ministério Público, quando necessário. (BRASIL, 2012)

Como pode ser observado, o conselho delibera e envia os resultados para a gestão que, em 30 dias deve dar algum tipo de retorno para o CMS, caso não o faça, o conselho pode recorrer à justiça, o que demonstra a obrigação da gestão para o CMS e a necessidade de um conselho forte para alcançar o papel estabelecido.

Para identificar a percepção dos conselheiros em relação a estes aspectos, a metodologia utilizada neste estudo será apresentada na seção seguinte.

### **3. Aspectos Metodológicos**

O objetivo desta seção é descrever as principais ferramentas metodológicas utilizadas para desenvolvimento deste estudo. Como foi apresentado anteriormente, procura-se neste artigo conhecer a percepção dos conselheiros municipais de saúde sobre o papel do conselho. Assim, para conseguir alcançar os resultados que se buscam, o estudo optou para uma análise do caso do conselho de Belo horizonte. A justificativa por esta escolha se apresenta a seguir.

### **3.1. Caracterização do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte**

O Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CMS/BH pode ser considerado como um dos principais, e mais antigo conselho deste setor no Brasil. Sua história vai além da institucionalização da lei 8.142 em 1990, antes desta lei, a sociedade belo-horizontina já estava fortemente engajada com a participação cívica, com realização de conferências e na elaboração de um desenho de participação na área de saúde, antes mesmo de sua criação.

Assim, a escolha do CMS/BH se justifica pelo envolvimento e participação da sociedade na área da saúde.

Em termos normativos, o Conselho de Saúde de Belo Horizonte foi regulamentado pela Lei Municipal 5.903 de 1991, tendo sido alterada pela 7.536 de 1998. Pelo seu regimento interno, o conselho é composto por 18 representantes da sociedade civil, 09 representantes do segmento gestor e de prestadores de serviços de saúde e 09 de representantes dos trabalhadores em saúde.

Vale destacar que, diferente da Resolução 453 de 2012, o CMS/BH conta com um representante da Câmara Municipal, o que possibilita uma melhor interação com o poder legislativo local, mas também vai contra a resolução. Item VIII da terceira diretriz afirma que:

“A participação dos membros eleitos do Poder Legislativo, representação do Poder Judiciário e do Ministério Público, como conselheiros, não é permitida nos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 2012).

Além dos membros efetivos, para cada titular, existe um suplente, totalizando 72 conselheiros no CMS/BH. O Conselho conta ainda com Câmaras Técnicas. De acordo com o Regimento Interno do conselho, a finalidade desta é otimizar e agilizar o funcionamento do Conselho referente a cada tema e propor soluções que serão apresentadas ao plenário.

Atualmente, o CMS/BH conta com cinco câmaras técnicas formadas por conselheiros titulares e suplentes: a) Câmara Técnica de Gestão da Força de Trabalho; b) de Financiamento; c) de Controle, Avaliação e Municipalização; d) de Comunicação, Informação e Divulgação em Saúde e por fim e) Câmara Técnica de Saneamento e Políticas Intersetoriais.

### 3.2. Ferramentas Metodológicas

Pesquisas segmentadas nas ciências sociais aplicadas tendem a ter caráter qualitativo, o que também irá nortear este artigo. Lüdke & André (1986) e Triviños (1987) mostram que por meio das análises qualitativas utiliza-se, com frequência, transcrições de entrevistas e depoimentos que permitam corroborar os resultados e oferecer alguns pontos de vista. A pesquisa qualitativa tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social; trata-se de reduzir a distância entre “pesquisado” e “pesquisador”, entre “teoria” e “dados”, entre “contexto” e “ação” (MAANEN apud NEVES, 1996).

Esse tipo de pesquisa costuma ser direcionada ao longo do seu desenvolvimento. Não busca enumerar dados e sim descrevê-los e explicá-los mediante o contato do pesquisador com o objeto da pesquisa, uma vez que a análise dos fatos pode ser modificada de pesquisador para pesquisador.

Assim, os dados coletados para esta pesquisa têm como base a entrevista Semi-Estruturada realizadas com os membros titulares do CMS/BH. Entende-se por entrevista semi-estruturada aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias ou objetivos do estudo e que oferecem amplo espaço de interrogativas, resultante do diálogo com os informantes (ALENCAR, 2000).

Em relação aos procedimentos do método. Antes de iniciar as entrevistas, deve-se ter contato com os atores sociais a serem entrevistados, preferencialmente de maneira informal, para que se apresentem e saibam da pesquisa a ser realizada.

- I. Os entrevistados devem saber, em geral, o que se espera deles e qual pode ser suas contribuições para o esclarecimento da situação que interessa;
- II. É conveniente que os entrevistados e os entrevistadores estabeleçam horário e local, acordando entre eles se a entrevista pode ser gravada ou não. Preferencialmente a entrevista deve ser gravada;
- III. No início da entrevista, os entrevistadores devem estar conscientes de que precisam empenhar esforços no sentido de proporcionar um clima de tranquilidade, confiança, lealdade e harmonia entre eles e os entrevistados (ALENCAR, 2000).

Nesse sentido, os entrevistadores devem mostrar-se de acordo com as afirmações dos entrevistados, dando oportunidade ampla para suas preocupações e introduzindo questões diretivas nos meandros das respostas. Ao todo, foram entrevistado 15 conselheiros, sendo 09 representantes dos usuários, 03 representantes dos gestores/prestadores e 03 membros dos trabalhadores.

O roteiro para execução das entrevistas deste trabalho abordava sobre o perfil do conselheiro, procurando conhecer sua faixa etária, escolaridade e opções partidárias; e o entendimento deste sobre o conselho, com questões acerca da função e funcionamento do conselho assim como os pontos positivos e negativos deste espaço democrático.

A análise será construída com base na Análise do Discurso, onde todas as informações coletadas com base nas entrevistas serão estudadas como um todo, sem categorização, mais com interpretação do pesquisador enquanto o tema.

#### **4. Resultados e Discussões**

Os resultados que serão apresentados nesta seção estão divididos em duas partes. A primeira descreve o perfil dos conselheiros entrevistados, sendo analisado, além de características pessoais, o perfil participativo do mesmo. A segunda parte dos resultados refere-se à percepção do conselheiro em relação ao espaço deliberativo e suas atribuições.

##### **4.1. Perfil dos Conselheiros**

Como foi apresentado nos aspectos metodológicos deste estudo, foram entrevistados 15 conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sendo nove destes representantes dos usuários, ou seja, membros da sociedade civil, três dos trabalhadores e três gestores/prestadores.

Daqueles que foram entrevistados, cerca 1/3 (6 conselheiros) declararam ter envolvimento político com partidos políticos, sendo que apenas um deste não estava filiado em partidos de esquerda.

Vale destacar que os partidos de esquerda estão mais envolvidos com processos democráticos participativos. De acordo com Avritzer (2010), o governo Lula, diferente do de Fernando Henrique Cardoso e suas características neo-liberais, adotou uma orientação participativa em sua gestão. Este fato, pode justificar a maior presença de conselheiros ligados a partidos de esquerda em defasagem dos de direita.

Em relação à formação dos conselheiros, percebe-se uma tendência escalar, os usuários com nível de escolaridade entre o ensino fundamental e médio, os trabalhadores com nível superior e os membros da gestão e prestadores com superior completo ou pós-graduação. O nível de escolaridade em uma instituição deliberativa não irá julgar quem ou qual segmento terá superioridade no processo decisório. No

entanto, o conselheiro deve possuir a capacidade para participar das deliberações, onde, de acordo com Brugué (2007), essa capacidade deve ser o equilíbrio de falar e escutar, de saber expor suas próprias posições durante o discurso.

De fato, o participante deve possuir certo nível de capacitação, em especial, sobre o espaço onde participa, e quais os seus deveres como conselheiro. Atrelado a este ponto está à capacitação dos conselheiros. Seis dos entrevistados alegaram não ter recebido nenhum tipo de informação sobre o que é, e como atuar no conselho. Dos demais, dois afirmaram ter recebido um curso de capacitação no início dos trabalhos e os oito restantes após se tornarem conselheiros.

Por último, percebe-se uma renovação no conselho, já que, a maioria dos conselheiros que foram entrevistados começaram a atuar neste espaço democrático a partir de 2010, existindo casos de membros que estão deste o início no conselho.

No entanto, esta renovação não reflete na faixa de idade dos participantes, já que todos os conselheiros possuem mais de 30 anos, sendo que grande maioria dos entrevistados na faixa de 50 a 60 anos. Este aspecto foi muito lembrado pelos conselheiros durante as entrevista, que apresentaram a preocupação com a baixa presença de um público mais jovem no conselho.

Tal fato pode se explicar, em parte, pela demanda exigida pelo conselho, afinal, as atividades do conselho não se resumem apenas em participar das plenárias uma vez ao mês já que existem espaços como as câmaras técnicas, comissões de saúde além de visitas a unidades de saúde que dependem de conselheiros. Estes argumentos podem assim, justificar a maior presença de membros aposentados representando os usuários no conselho. De outro lado, a palavra conselho se originou do termo *consilium* oriundo do latim, onde, etimologicamente, significa refletir maduramente. Ou seja, a palavra conselho remete à experiência, a sabedoria para decidir, o que também pode justificar a faixa etária de usuários no conselho.

## **4.2. Percepção dos Conselheiros**

### **4.2.1. Percepção sobre o Papel do Conselho**

A principal conquista da sociedade do século passado e que tem se fortalecido neste corrente é a participação civil nas decisões políticas, assim, Bohman (2009) afirma que neste novo modelo democrático, “todos os cidadãos são igualmente empoderados e autorizados a participar conjuntamente da deliberação e da troca de razões sobre decisões que afetam suas vidas” (p. 33).

De acordo com Nobre (2009),

Não basta dirigir-se ao Estado com suas reivindicações, mas é preciso participar nas esferas públicas, em espaços de expressão da opinião pública, de modo a fazer com que a própria sociedade reconheça suas reivindicações como legítimas, de modo a fazer com que a própria sociedade reconheça essas reivindicações como fazendo parte de uma maneira de viver que quer ser reconhecida por todos os outros cidadãos. (NOBRE, 2009, p. 30).

Neste contexto, encontra-se a importância do conselho para as políticas de saúde, já que as ações destes podem transformar as políticas locais de maneira que o governo central não conseguiria fazer sozinho.

Desta forma, o primeiro aspecto que se procurou conhecer do conselheiro municipal de saúde refere-se percepção deste em relação às funções exercidas pelo conselho. Sabe-se que por definição, os conselhos de políticas públicas são espaços institucionalizados para deliberação pública das políticas do SUS.

Para os conselheiros, a principal função do Conselho Municipal é o papel de fiscalizador, tanto das políticas de saúde quanto das unidades de atendimento, seja hospitais ou postos de saúde, ou até mesmo das ações da secretaria de saúde.

Além deste papel, foi destacado também o aparato deliberativo do conselho, no entanto, infere-se baixa propensão propositiva. Mesmo que alguns entrevistados tenham falado que o conselho sugere resoluções para a saúde do município, observa-se nas falas dos entrevistados uma tendência de que as discussões a que se referem são de propostas externas, ou da Secretaria de Saúde ou de outras fontes, sendo na maioria, para acompanhamento das políticas já existentes.

Ainda assim, os conselheiros reconhecem o poder institucional do conselho nas políticas públicas de saúde, o Entrevistado 15 resume todas as características citadas quando define as funções deste espaço como:

“fiscalizar, aprovar, mais também propor, o melhor trabalho nosso é o de fiscalização, seja ela financeira, de medicamento, de recursos humanos, de melhora na construção de planos de saúde, de hospital. Temos um leque muito grande dentro do conselho.”  
(ENTREVISTADO 15, 2013)

Este aspecto fiscalizador foi confirmado quando perguntado ao conselheiro qual o assunto mais discutido nas plenárias do conselho. Mesmo argumentando que todos os assuntos são fortemente debatidos, variando em períodos de acordo com as principais necessidades do momento, aqueles que indicaram as principais pautas afirmaram que estas refletiam sobre as deliberações ligadas a atenção básica de saúde. Na fiscalização

das unidades de saúde, construção de novas unidades ou melhorias naquelas que precisam.

Com as funções definidas, os conselheiros possuem a percepção de que os objetivos do CMS/BH são alcançados? A maioria dos entrevistados percebem que o conselho tem conseguido responder aos objetivos para o qual foi criado, no entanto, não de forma completa, sendo a capacitação um fator limitante. De acordo com um dos entrevistados, a maioria dos assuntos que são discutidos nas plenárias do conselho é de grande complexidade para muitos dos envolvidos, ilustrando este fato com a prestação de contas da secretaria.

Anualmente, o conselho realiza a fiscalização do orçamento utilizado pela Secretaria de Saúde, aquilo que foi proposto e o que foi executado. De acordo com o Entrevistado 4, ele possui dificuldades em compreender estes tipos de relatórios, mesmo com escolaridade superior e percebe nos colegas os mesmos tipos de limitações.

A estes aspectos, surge a necessidade de uma contabilidade gerencial para a tomada de decisão. A escrituração contábil é algo muito delimitado ao contador, com termos, expressões e formas de lançamento que ficam fechados ao entendimento dos contadores. A contabilidade gerencial tende a reverter este quadro ao traduzir os aspectos escriturais para a leitura de todos e igual tomada de decisão entre os membros.

Além da capacitação do conselheiro, outro aspecto que ilustra o não alcance dos objetivos é tempo para se chegar a um resultado definitivo, que pode levar de dias a meses e a dependência de apoio da secretaria de saúde que nem sempre segue as deliberações do conselho. Destaca-se neste ponto um dos fatores considerados limitantes para o CMS/BH. O espaço deliberativo não deve ter nenhum ente maior que o próprio conselho, nenhuma força, exceto a do melhor argumento deve sobressair no processo democrático, assim, a falta de apoio da secretaria trairia os fins do conselho caso a deliberação não seja aceita pelo poder executivo (COHEN, 2009).

Neste aspecto, deve ser observado o funcionamento do conselho. Mesmo com a existência institucionalizada do espaço deliberativo, o conselho participa da gestão apenas a partir de resoluções e monções, na realidade, quem administra a saúde é a Secretaria Municipal de Saúde. Assim, se o conselho não se manifestar e fazer valer sua vontade, a secretaria não se esforçara para que isto aconteça. Assim, o conselho deve esperar sim o apoio da secretaria na deliberação, mais este não deve vir de forma passiva, pelo contrário, o conselho deve ser ativo para alcançar seu papel.

Ainda assim, mesmo com os problemas que afetam o alcance dos objetivos do conselho, os entrevistados reconhecem avanços neste aspecto, mencionado para

exemplificar este tópico, uma ocasião onde conseguiram exonerar um secretário de saúde por não cumprir com uma norma do conselho.

Em reflexo a percepção dos entrevistados que caracterizaram o conselho, em grande parte, como órgão fiscalizador e não proponente de novas políticas, foi perguntado aos entrevistados se o CMS/BH tem se responsabilizado pela geração de novas políticas públicas de saúde e as respostas, como esperado, seguiram a mesma direção sobre o questionamento acerca das funções do conselho.

Para os entrevistados, quando o conselho procura propor políticas acaba se esbarrando em dificuldades processuais, as quais, os conselheiros não souberam identificar. No entanto, a este fato, um dos entrevistados respondeu da seguinte forma: “é a função do conselho não é? Mais tem muita coisa que vêm impondo para cima da gente que torna isso difícil” (ENTREVISTADO 5, 2013). Em consonância com esta resposta, alguns dos conselheiros entrevistados afirmaram que propor não é função do conselho e sim da Secretaria Municipal de Saúde, ficando o conselho responsável apenas pela decisão de aceitar ou não as propostas.

O CMS/BH não deve seguir esta perspectiva, de acordo com Brugué (2007), diferente de uma democracia com base apenas na representação, onde o Estado procura convencer e o papel da sociedade é ser convencido, na administração pública deliberativa, os membros do conselho podem transformar as políticas onde estão envolvidos, justificando assim a necessidade que estes também participem como proponentes de políticas. Como descrito anteriormente, se o Conselho de Saúde não procurar se posicionar na formulação de propostas em prol a saúde municipal, não será a secretaria de saúde que forçará. Cabe ao conselho reconhecer seu papel no espaço definido institucionalmente e o fazer cumprir.

Como pode ser observado até o momento, de acordo com os entrevistados, um maior papel fiscalizador de políticas do que proponente, e de certa forma, é notável que os conselheiros se sintam, em parte, submissos a Secretaria Municipal de Saúde. Mais não uma submissão autoritária, percebe-se nos conselheiros uma dependência da gestão, uma espera de ação dos gestores para que o conselho se manifeste. Um dos entrevistados ilustra este fato afirmando que as posições Conselho/Estado estão trocadas que, ao invés do conselho estar à frente da gestão, o que ocorre é o inverso.

Relacionado a este ponto, uma das questões que foi feita aos conselheiros está diretamente ligada à interação do conselho com o Estado, procurando saber se a secretaria municipal compartilha a gestão do SUS com o conselho. Nas respostas, o que foi encontrado está relacionado a um equilíbrio neste compartilhamento.

Dos entrevistados, 1/3 respondeu apenas que sim ou não a este questionamento, sem se posicionar melhor sobre o assunto, no entanto, os demais afirmaram que nem sempre este compartilhamento existe.

Para os entrevistados, em muitas ocasiões, a secretaria de saúde ultrapassa os seus limites na tentativa de promover ações que deviam passar a priori pela plenária do conselho. A resposta de um entrevistado ilustra esta situação: “infelizmente não existe este compartilhamento, eles não procuram fazer (gestores). Agente tem que correr atrás e você viu hoje mesmo, que eles querem ultrapassar os nossos limites, mais agente procura fazer prevalecer os nossos interesses” (ENTREVISTADO 6, 2013). A situação citada pelo entrevistado se referia a uma mudança na secretaria de saúde que a gestão começou a fazer sem passar pela plenária do conselho.

O entrevistado 1 mantém a mesma linha de pensamento do entrevistado 6: “em alguns momentos há o compartilhamento mas em alguns não. Mas quando não compartilha o conselho cobra da gestão municipal este compartilhamento porque na hora de aprova as questões da secretaria, quando há interesse da secretaria, eles procuram o conselho” (ENTREVISTADO 6, 2013). Outro entrevistado, confirmando esta linha de pensamento, relata sobre a visão que a secretaria parece ter sobre o conselho e a participação. Para ele, a secretaria não entende o direito de participação dos conselheiros neste espaço, acham que eles “podem” participar e não que são também, membros gestores da saúde.

Este argumento leva o CMS/BH em direção à afirmação de Gohn (2000), onde:

Apesar da legislação incluir os conselhos como parte do processo de gestão descentralizada e participativa, e constituí-los como novos atores deliberativos e paritários, vários pareceres oficiais têm assinalado e reafirmado o caráter apenas consultivo dos conselhos, restringindo suas ações ao campo da opinião, da consulta e do aconselhamento, sem poder de decisão ou deliberação. (GOHN, 2000 p. 179)

Se confirmado a baixa autonomia do CMS/BH, o papel e o objetivo deste estará fadado a ser apenas um membro de consultivo do poder executivo, no entanto, não foram todos que testemunharam nesta direção, assim, pode-se dizer que o conselho de Belo Horizonte está com o sinal amarelo em alerta, no entanto, não necessariamente irá para o vermelho. O reconhecimento do papel de fiscalizador da gestão municipal quanto suas ações e recorrer à justiça caso estes não acatem as decisões ou passem por cima do CMS/BH já é um sinal de que este conselho está em busca de sua legitimação democrática.

#### **4.2.2. Percepção sobre o Funcionamento do Conselho**

Após conhecer as principais concepções dos entrevistados sobre o papel e o espaço do conselho na gestão da saúde, esta seção apresentará a percepção dos entrevistados em relação ao funcionamento do CMS/BH. Neste aspecto, procurará descobrir como ocorre o processo decisório do conselho, o de fiscalização, de gestão orçamentária e por último, se os conselheiros reconhecem a igualdade dos membros durante a plenária.

Quanto ao processo deliberativo e as pautas que entram em votação, todos os entrevistados apresentaram domínio sobre a forma como ocorrem às discussões no conselho. Segundo eles, os assuntos que entraram em pauta, antes de seguirem para a plenária, passam por Câmaras Técnicas. As câmaras técnicas são espaços dentro do conselho que se aprofundam nos assuntos que entraram em deliberação para apresentá-los nas plenárias antes das votações. De acordo com Faria (2007), as Câmaras técnicas fornecem condições para tornar os conselheiros mais aptos a discutirem os assuntos que serão colocados em pautas, já que são mais bem informados.

Após a discussão preliminar, a câmara técnica emite um parecer sobre o assunto para que a plenária possa tomar conhecimento sobre o tema e se posicionar nas deliberações do conselho. Os entrevistados ressaltaram ainda que a câmara técnica não aprova nem reprova projetos ou orçamentos, pode sim emitir um parecer desfavorável, mais quem tem a palavra final são os conselheiros durante as reuniões, seja ordinárias ou extraordinárias.

Vale destacar neste ponto, uma necessidade de capacitação técnica daqueles que compõem as câmaras. Em assuntos mais complexos como propostas orçamentárias ou pagamentos diferentes para procedimentos e atendimentos diversos requerem certo entendimento dos conselheiros para que, ao emitir o parecer, consigam fazer com propriedade. Assim, justifica-se a necessidade de elaborar um estudo que se aprofunde nas atividades das câmaras que, como pode observar com base no que foi apresentado, é de vital importância no destino de uma decisão, já que os pareceres, querendo ou não, podem influenciar nas decisões dos conselheiros.

Sobre as pautas do conselho, é importante destacar a forma como são colocadas em reunião. De acordo com o Regimento do Conselho, a convocação para as reuniões pode ser feita pela Mesa Diretora do CMS/BH, por 1/3 dos membros do conselho ou por convocação do Conselho Estadual de Saúde. A Mesa Diretora, além de ter o direito

de convocar para as reuniões é quem organiza as pautas que serão colocadas para deliberação nas plenárias. Justifica-se assim a necessidade de uma mesa diretora democrática formada por membros de todos os segmentos, já que, a maior predominância de um segmento sobre outro na mesa diretora pode direcionar os assuntos em pauta de acordo com o interesse daqueles representantes.

Em relação ao processo de fiscalização das unidades de saúde, as respostas encontradas vão de acordo com aquelas descritas na seção anterior como o ponto mais forte do CMS/BH de acordo com os conselheiros.

Os conselheiros descreveram sobre os principais aspectos referentes a este assunto, que este processo ocorre para fiscalizar obras, contratos e as unidades de saúde com as visitas técnicas. Além disso, declararam que cada hospital conveniado aos SUS possui um conselho interno que conta com a presença de um conselheiro municipal para acompanhamento.

A importância das câmaras técnicas para o CMS/BH também foi observado no assunto fiscalização. Além das visitas que são feitas periodicamente e quando há ocorrência de denúncias, a câmara técnica fiscaliza todos os recursos que foram comprometidos para obras e custeio da saúde, analisando o que foi destinado e o que está sendo empregado, aumentando assim a *accountability*, um dos princípios da democracia deliberativa. (MARQUES, 2009).

De acordo com Fung (2004) elevar a *accountability* é algo possível em espaços deliberativos, já que

Através da deliberação pública organizada, os cidadãos podem examinar coletivamente as ações e políticas dos representantes, avaliar o alinhamento deste comportamento do Estado com suas próprias aspirações e valores e tentar colocar os dois em conformidade. (FUNG, 2004, p. 187)

Em relação ao orçamento do Fundo de Saúde de Belo Horizonte foi observado certa confusão entre os entrevistados sobre a forma que ocorre a gestão deste recurso.

De acordo com as competências da Resolução 453 de 2012,

XIV - o conselho de saúde propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos; XV – fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos de saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina. (BRASIL, 2012)

Dos conselheiros que participaram da pesquisa nem todos souberam explicar a forma de gestão deste recurso, porém, todos explicaram que em um primeiro momento o recurso vai para a câmara técnica que aprecia todos os relatórios emitidos pela secretaria de saúde para o CMS/BH. Em seguida, após a análise da câmara, um parecer que é levado para que nas plenárias do conselho seja deliberado sobre a aprovação ou não do relatório.

Constatou-se a partir desta pergunta, como nas demais, a necessidade de uma câmara técnica forte. Aqueles conselheiros que responderam não conhecer ou não ter certeza sobre a gestão orçamentária atribuíram às câmaras técnicas como “responsáveis” pelo controle financeiro, sendo de responsabilidade do conselho apenas a votação dos pareceres.

De fato em um conselho de saúde, as câmaras técnicas necessitam ter a aptidão técnica para este tipo de controle, no entanto, em um processo deliberativo, todos aqueles que estão envolvidos nos debates precisam certo entendimento sobre os principais detalhes relacionados aos assuntos em deliberação.

Vale destacar que não se deseja dos conselheiros que estes se tornem técnicos nos mais variados assuntos, cada um deve cumprir com o papel que lhe cabe e não lhe é exigido mais do que isso. Neste fato, pode ser observado o esforço do CMS/BH para que todos consigam participar das variadas discussões existentes, com cursos de capacitação para conselheiros e nas questões orçamentárias, de um contador para acompanhar as atividades das câmaras técnicas.

No perfil dos entrevistados, observou-se uma escala crescente quando se relaciona o tipo de membro com a escolaridade: os usuários com menos escolaridade que os trabalhadores e os gestores com nível educacional maior que os trabalhadores. Em síntese este perfil não compromete as atividades do conselho, a final, o espaço deliberativo é um espaço plural de participação. No entanto, alguns autores tem questionado que em certos conselhos, os representantes da sociedade se sentem submissos aos demais por considerar que estes tenham maiores aptidões técnicas (AVRITZER, 2010).

Assim, procurou-se constatar a percepção que os conselheiros possuem sobre o equilíbrio da participação nas plenárias do CMS/BH. Foi nesta questão que as principais contradições entre as respostas foram encontradas, mas não de forma negativa, o que pode ser constatado com esta etapa das entrevistas representa a pluralidade de visão dos conselheiros, devido a isso, algumas respostas serão transcrita como forma de ilustração.

Foram encontrados três tipos de respostas que serão apresentadas das seguintes formas: 1) Aqueles que acham que existe pouco ou nenhum equilíbrio; 2) os que se posicionam de forma intermediária e os que 3) percebem no conselho o equilíbrio entre os membros.

Em relação aos que se posicionam contrários à existência de equilíbrio:

“Não existe equilíbrio. Tem uns, eu não sei se são mais informados, que participa de tudo, vai a tudo, discute tudo. Eu inclusive sou do tipo que tenho muita dificuldade, não sou de falar. Por exemplo, a pessoa começa a falar, eu vou logo ficar calado, posso até dar uma resposta mais comigo o assunto não vai render” (ENTREVISTADO 6, 2013). Em consonância com este entrevistado: “Às vezes existe o equilíbrio, outras não. Porque tem muitas pessoas que se sentem superior, que querem mais, pessoas que se sentem e se acham melhores” (ENTREVISTADO 10, 2013).

Estes dois entrevistados descreveram os problemas que estão relacionados à pluralidade do conselho, na existência de membros com elevado grau de escolaridade e outros com baixa, na existência de conselheiros que estão estritamente ligados a gestão do SUS e aqueles que são apenas usuários. Esta diferença é a esperada em um espaço deliberativo.

De acordo com Gohn (2000), a questão da representatividade constituem problemas cruciais nos conselhos de políticas públicas. Nobre (2004) afirma que o processo deliberativo é um processo de troca de informações entre diversos grupos, diferentes sindicatos, diferentes instituições.

No entanto, esta diferença deve ser respeitada em um espaço deliberativo e aqueles que se sentem inferiorizados devem ser motivados a participar das discussões, afinal, a existência deste espaço se dá pela necessidade de que todos os envolvidos com a saúde participem da gestão desta. Afinal, no processo deliberativo, o mais importante é o discurso, a comunicação e que no final, todos estejam de acordo com o resultado. Para Brugué (2007), o diálogo, a comunicação entre os membros é o coração de um processo deliberativo. Para ele, é a construção de um resultado com base na conversação, na troca de razões que legitima o espaço.

Alguns dos entrevistados se posicionaram de forma intermediária, ou seja, acham que existe a igualdade, mas também há um sentimento que esta situação não chega a ser totalmente encontrada, se esbarrando não em situação ligadas a capacitação mais sim, na posição de cada segmento.

Um entrevistado relatou que o conselho está dividido em duas posições, os que estão a favor da gestão e os contrários a secretaria de saúde. Outro que os mais

presentes no conselho são os usuários, já que os trabalhadores são menos frequentes, talvez pelo fato de estarem trabalhando.

Por último, alguns conselheiros confirmaram a existência de equilíbrio entre todos os membros, e para fortalecerem este argumento, citaram as resoluções e regimentos que regem o conselho que garantem a paridade no conselho.

Mesmo com o sentimento de um desequilíbrio no conselho de alguns dos entrevistados, pode ser observado por estes que eles reconhecem a importância da participação e que o conselho busca pelo equilíbrio.

Em síntese, a partir do que foi apresentado nesta seção, observa-se nos processos do conselho a dependência de câmaras técnicas fortes e imparciais, já que, pelas respostas encontradas, as deliberações do conselho são subsidiadas, em muitos casos, com os pareceres emitidos por estas câmaras que podem definir os votos dos conselheiros. Ainda assim, não são estas que deliberam, a razão de sua existência é aprofundar sobre o assunto para gerar informações com o intuito de auxiliar os membros da sociedade, trabalhadores e do Estado/Prestadores. Este fato justifica a necessidade de que os envolvidos no processo deliberativo compreendam o seu papel como conselheiro, que este participe das discussões e emitam sua opinião para que, ao final, todos estejam de acordo com o tema e prontos para votarem.

O que foi visto no CMS/BH neste aspecto é certo equilíbrio, porém não completo. A existência de sentimentos de inferioridade ou superioridade prejudicam as ações de uma instituição deliberativa quando seu objetivo é que todos sejam iguais. Afinal, segundo Gutmann e Thompson (2004), o processo democrático deliberativo a partir da troca de razões é necessário não apenas que a decisão seja legítima, mas também justa, ou seja, que todos estejam de acordo com os resultados.

[...] o principal ganho com este modelo participativo é a aproximação da democracia da via cotidiana e sua inserção em novos espaços de convivências entre os cidadãos que potencializam a discussão sobre a democratização de esferas extra-estatais. (GUGLIANO, 2004, p. 227)

Assim, a questão da paridade justifica a necessidade de que nenhum segmento seja superior a outro, pelo contrário, este espaço é para que todos aqueles que queiram participar da gestão da saúde o façam, de forma igualitária e livre, como afirmado por Gugliano (2004).

### 4.2.3. Relações Entre o Conselho e Seu Ambiente

Nesta seção procurou conhecer a percepção dos conselheiros sobre a participação de membros externos no conselho, ou seja, pessoas que não são conselheiras e vão às plenárias para assistir ou contribuir com as discussões. Além disso, este capítulo tentará expor as percepções dos conselheiros em relação ao CMS/BH, aquilo que consideram pontos positivos e negativos e as concepções de melhorias para o espaço.

Começando pela participação externa no conselho, os entrevistados afirmaram que é raro ter a plenária cheia. No entanto, quanto o assunto envolve uma quantidade maior de interessados na aprovação ou reprovação de determinada pauta, pode se esperar uma reunião com muitos participantes. Ainda assim, os conselheiros afirmaram sobre a abertura da plenária para todos que desejem.

Todos os entrevistados declararam que a participação de pessoas que não são conselheiros é de extrema importância no desenvolvimento das atividades do CMS/BH, sendo que, mesmo não tendo a condição de votante, pode, com seus comentários, influenciar nas decisões dos conselheiros. De acordo com o Entrevistado 1:

Eles têm direito a fala, só não tem direito ao voto. Mais acaba que, dependendo do fundamento que eles trazem acabam convencendo os conselheiros que aquilo ali tem que ser votado e apreciado, as vezes eles trazem fundamento que não vai de acordo com a gestão e o conselheiro acaba seguindo a posição deles, que vai prejudicar eles, inclusive hoje tem uma discussão sobre a vigilância sanitária, que a prefeitura quer acabar com o concurso de vigilante sanitário de nível médio, mantendo só o superior. (ENTREVISTADO 1, 2013)

O Entrevistado 9 seguiu na mesma direção “é muito importante porque eles ajudam, quanto mais gente melhor para ajudar nas decisões do conselho”. De acordo com Bohman (2004), a deliberação deve envolver toda a população, no entanto, por não ser possível, apenas os eleitos para serem representantes o fazem como conselheiros, ainda assim, o conselho é um espaço aberto para todos, justificando o fato de que quanto mais envolvidos no processo melhor será para a deliberação.

Quanto à percepção dos conselheiros sobre o ambiente do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, em relação aos aspectos considerados positivos, os pontos que mais foram destacados pelos entrevistados seguem na direção da participação e do poder deliberativo do conselho.

Foi ressaltada a mobilização da saúde em Belho Horizonte que conta com a participação de mais de 3.000 pessoas ligadas de alguma forma a gestão do SUS, seja pelo conselho municipal, distrital ou local, ou pelas entidades envolvidas com o conselho.

Em relação ao poder deliberativo do conselho, foi destacado o privilégio dado ao conselho de poder participar das decisões das políticas públicas de saúde, da conquista deste espaço deliberativo pela população.

Os entrevistados afirmaram que mesmo em um município que não tenha um conselho forte, o espaço conquistado pela sociedade consegue deixar o gestor em estado de alerta possibilitando bons resultados para o setor mesmo que não de forma acentuada.

Um dos entrevistados argumentou que o ponto positivo do conselho é justamente o papel dos conselheiros neste espaço e dessa forma, acaba justificando a necessidade da pluralidade no conselho e a razão do discurso como ferramenta decisória.

O ponto positivo é unidade que nós temos, a união que nós temos. Nós procuramos cada um exercer sua função. Correto ou não, agente nunca sabe o que é perfeito, o que é certo e o que é errado, mais agente procura da melhor maneira doar, eu falo por mim, eu procuro corresponder aquilo que eles me confiaram de vir participar aqui. E eu acho que isso aqui é o lugar ideal para agente participar, e eu gosto de estar aqui porque esse grupo que agente está é um grupo muito coeso. Tem divergência, mais dentro do grupo agente procura resolver da melhor maneira para a saúde de BH. (ENTREVISTADO 5, 2013)

Em relação aos aspectos negativos, três categorias podem ser construídas a partir da percepção dos conselheiros:

- A. Participação dos Conselheiros: Alguns dos entrevistados alegaram o esvaziamento do CMS/BH por parte dos representantes. Relataram a dificuldade para preenchimento das comissões e comitês das quais o conselho faz parte, sendo que todos, efetivos ou suplentes (72 conselheiros) podem participar.
- B. Falta de Conhecimento da População: O desconhecimento da existência do CMS/BH foi declarado como um dos fatores negativos. Segundo eles, muitos belo-horizontinos desconhecem o espaço para participação cívica na área da saúde, que, com o quadro revertido, a contribuição para as políticas e melhorias na saúde seria muito melhor.
- C. Questões Políticas: Assuntos relativos a envolvimento de interesses políticos no conselho e questões partidárias.

Por fim, foi perguntado aos conselheiros o que poderia ser feito para que este espaço pudesse ter sua atuação melhorada. Praticamente por unanimidade, foi respondido que quanto mais participação popular melhor será o conselho.

Declararam que o conselho possui uma excelente estrutura e tem muitas formas de participação, então a entrada de novos membros e de pessoas que tenham vontade de participar irá fortalecer o CMS/BH, além disso, disseram da necessidade de que pessoas jovens comecem a se envolver com estas questões. De acordo com os entrevistados, em relação aos usuários, no geral, apenas a parcela com faixa-etária mais avançadas participam das deliberações do conselho, fazendo-se necessário uma renovação no CMS/BH.

## **5. Conclusão**

A sociedade conquistou por base de suas reivindicações em um período com baixa propensão democrática, a possibilidade de participar dos diversos processos de decisão vinculados a administração pública. O setor da saúde foi um dos precursores deste movimento assim como a construir um dos primeiros conselhos existentes no Brasil.

Pelo que foi observado neste estudo, o conselho de saúde é um órgão presente na gestão municipal, preenchido de poder nas decisões referentes ao setor da saúde, em especial, na elaboração de políticas públicas e na fiscalização do Sistema Único de Saúde. Além disso, o CMS conta com a participação de diversos segmentos da sociedade civil organizada, prestadores de serviços, trabalhadores e gestores em um processo de deliberação pública. Sendo assim, buscou-se neste artigo conhecer a percepção dos conselheiros de saúde do município de Belo Horizonte acerca deste espaço e do seu papel institucional para as políticas públicas de saúde.

O primeiro ponto a ser destacado neste trabalho é a percepção de um predominate papel fiscalizador. De acordo com os conselheiros que participaram das entrevistas, infere-se um maior reconhecimento deste papel em relação a outros como o de elaboração de políticas públicas. De certa forma, o papel fiscalizador faz com que o CMS/BH esteja envolvido na gestão do SUS já que mantém sob uma vigília constante as unidades de saúde, os gastos orçamentários e a gestão da Secretaria de Saúde, no entanto, a predominância desta função parece fragilizar as demais.

Assim, outros aspectos como a proposição de políticas e a autonomia dada ao CMS/BH pelo poder executivo acendeu um alerta em sobre o funcionamento do conselho em relação ao seu papel institucional.

De acordo com o que foi apresentado, observou-se no conselho um sentimento de que a Secretaria de Saúde não dá ao conselho o poder pleno deste para executar seu papel. Este fato se confirma quando analisado a atuação do conselho. De acordo com os entrevistados, o CMS/BH já necessitou de intervenção do Ministério Público para que suas deliberações fossem homologadas pelo poder executivo, ou para que este tramitasse os projetos primeiramente no CMS/BH antes de executá-los.

Em contrapartida, a partir do questionamento sobre a proposição de novas políticas, o que foi observado segue em direção a uma dependência da Secretaria para em seguida, a ação do conselho, já que enxergam no CMS/BH o papel de deliberar sobre as políticas e o da secretaria de propô-las. Tal fato reflete a uma visão de superioridade dos gestores frente aos demais segmentos por parte dos conselheiros.

A Democracia Deliberativa tem como principal objetivo a participação de todos na esfera pública, carregando demandas e proposições para, a partir de uma comunicação racional entre os participantes, chegar a uma conclusão justa para todos. Assim, quando a arena participativa começa apenas a discutir sobre as propostas do poder central, o conselho acaba por se tornar mais consultivo do que deliberativo, o qual não representa o papel institucionalizado deste espaço.

Ao se inferir a dependência dos conselheiros em relação ao poder executivo, o estudo tende a se orientar para o enfraquecimento do CMS/BH como espaço democrático. Mesmo que este fato não se evidencie definitivamente, observou-se uma tendência na espera, na ação após a reação. Mesmo que necessite de outros métodos para melhor orientar estas assertivas, percebe-se no conselho a necessidade de uma instituição que vá além das deliberações em plenárias.

A partir das entrevistas, notou-se um grande entendimento dos conselheiros em relação ao funcionamento, pelas formas e pelos direitos de agir do conselho, no entanto, infere-se que este fazer valer do CMS/BH fica restrito apenas à plenária. Mesmo que o conselho utilize de artifícios como o Ministério Público para que seu papel seja cumprido, o correto seria que isto não precisasse acontecer e para tal, a necessidade de um conselho forte e impositivo sobre o poder executivo e uma sociedade civil expressiva. Mesmo não sendo o gestor da saúde, o conselho deve ser ouvido, deve “fazer o ser ouvido”.

Outro ponto que merece ser destacado diz respeito a Mesa Diretora do conselho e seu papel neste espaço. Mesmo sendo um espaço deliberativo onde todos possuem os mesmos direitos, este estudo apresentou que é função da mesa diretora organizar os assuntos de pauta, o que é de grande importância para o funcionamento do conselho já

que são estes os assuntos que nortearão as ações do conselho. Além disso, é dever da Mesa Diretora acompanhar e encaminhar todas as providências e recomendações determinadas pelas plenárias, neste fato, justifica-se a necessidade de uma liderança ativa, participativa e plural neste processo democrático.

Foi também observado a dependência das Câmaras Técnicas no processo democrático. Antes das pautas serem colocadas em deliberação, as câmaras fazem uma ampla discussão do assunto e emitem o parecer para subsidiar a plenária. As informações passadas, mesmo que não represente a decisão final, podem direcionar a deliberação para aprovação ou não de uma proposta. Assim, espera-se no conselho a participação de todos os representantes nestes espaços de discussão, afinal, as câmaras técnicas, além de dar início às discussões, podem desenvolver as capacidades dos conselheiros e gerar maiores informações do que as que são apresentadas em plenária. A este aspecto, justifica-se a necessidade de um estudo elaborado com base na atuação das câmaras técnicas.

Os aspectos que carregam as fragilidades do conselho, podem então prejudicar o desenvolvimento das ações do conselho, no entanto, os argumentos positivos colaboram para o funcionamento do conselho. Assim, o reconhecimento do poder do conselho diante as decisões políticas de saúde pelos conselheiros, onde, mesmo atuando por meio de resoluções, podem intimidar o poder executivo a seguir em uma direção de acordo com as vontades de todos os atores envolvidos na saúde, sejam gestores, trabalhadores ou usuários deste serviço.

Outro ponto está na participação da sociedade no CMS/BH que compõe uma rede englobando todo o município. Vale ressaltar que apenas algumas entidades participam com representantes no conselho, no entanto, este espaço institucional permite a inserção de todos aqueles que tenham vontade de participar, o que, além de contribuir para o conselho, permite a construção de uma sociedade civil forte em um município.

Conclui-se por este estudo então, um conselho que busca o cumprimento de seu papel institucional mesmo com as fragilidades mencionadas. O CMS/BH segue as normas que foram institucionalizadas para este, reunindo-se com frequência, deliberando assuntos diversos sobre a saúde municipal e buscando o apoio do Ministério Público quando se faz necessário.

Além disso, O CMS/BH busca pela capacitação dos conselheiros para uma plenária mais forte e, mesmo com certa dependência da Secretaria de Saúde, o equilíbrio no conselho e na deliberação pública como a principal ferramenta decisória.

## 6. Referências

ALENCAR, E. **Metodologia de pesquisa social**. Lavras: UFLA/FAEPE, 2000.

AVRITZER, L.; PEREIRA, M. L. D. Democracia, Participação e Instituições Híbridas. In. **Revista Teoria e Sociedade**, Belo Horizonte, Número Especial, maio, 2005.

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, 2007, p 443-464

AVRITZER, L. Sociedade Civil e Participação no Brasil Democrático. In. AVRITZER L. (org). **Experiências Nacionais de Participação Social**. Belo Horizonte: Editora Cortez, 2010.

BENHABIB, S. Rumo a um Modelo Deliberativo de Legitimidade Democrática. In: MARQUES, A. C. S. **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 31-84.

BOHMAN, J. O que é a deliberação pública? Uma abordagem dialógica. In: MARQUES, A. C. S. **A deliberação pública e suas dimensões sociais, políticas e comunicativas**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 31-84.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 14 de julho de 2012.

BRASIL. **RESOLUÇÃO No 333 de 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 de junho de 2012.

BRASIL. **RESOLUÇÃO No 453 de 2012**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br> Acesso em: 14 de junho de 2013.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Democracia republicana e participativa. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, v. 71, p. 77-91, mar. 2005.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A Construção Política do Estado. **Lua Nova**, São Paulo, p. 117-146, 2010.

BRUGUÉ, Q. Uma 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

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.

FARIA, C. F. Sobre os Determinantes das Políticas Participativas: a estrutura normativa e o desenho institucional dos Conselhos Municipais de Saúde e de Direitos da Criança e

do Adolescente no Nordeste. In, AVRITZER, L. **A Participação Social no Nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

FUNG, A.; Receitas para Esferas Públicas: oito desenhos institucionais e suas consequências. In, COELHO, V. S. P. **Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo**. São Paulo, editora 34, 2004.

GOHN, M. G. O Papel dos Conselhos Gestores na Gestão Urbana. In: TADEI, A. C. R. E. **Repensando a Experiência Urbana na América Latina: questões, conceitos e valores**. Buenos Aires: CLACSO, 2000.

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

GUTMANN, A.; THOMPSON, D. Democracia deliberativa para além do processo. In, MARQUES, Â. C. S. **A Deliberação Pública e suas dimensões sociais políticas e comunicativas: textos fundamentais**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 85-108.

HABERMAS, J. Três Modelos Normativos de Democracia. **Lua Nova**, São Paulo, v. 36, p. 39-53, 95.

LABRA, M. E. . Conselhos de Saúde. Dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N., GERSCHAMAN, S., EDLER, F., SUÁREZ, J.. (Org.). **Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS**. 1 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, v. 1, p. 353-383.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MARQUES, A. C. S. As Interações entre o Processo Comunicativo e a Deliberação Pública. In, MARQUES, Â. C. S. **A Deliberação Pública e suas dimensões sociais políticas e comunicativas: textos fundamentais**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 85-108.

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

NOBRE, M. Participação e Deliberação na Teoria Democrática: uma introdução. COELHO, V. S. P. **Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo**. São Paulo, editora 34, 2004.

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

RAWLS, J. **A Theory of Justice**, Harvard University Press, 1999.

SPINK, P. **Redução da pobreza e dinâmica locais**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

UGARTE, P. S. Que Participação para qual Democracia. In, COELHO, V. S. P. **Participação e Deliberação: Teoria Democrática e Experiências Institucionais no Brasil Contemporâneo**. São Paulo, editora 34, 2004.

## CONCLUSÃO GERAL

Com a utilização de duas ferramentas metodológicas distintas, foi possível conhecer o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte em dois contextos: o primeiro ao observar um retrato temporal do funcionamento do conselho nos últimos quatro anos a partir da análise das atas das plenárias do conselho; o segundo por intermédio dos conselheiros de saúde com a realização das entrevistas.

O fato da utilização dos dois métodos permitiu identificar no conselho elementos que representam contextos que estão presentes no conselho e prejudicam suas ações há muitos anos, assim como elementos que auxiliam o conselho a se aproximar de uma deliberação que alcance o desenho institucional projetado para este espaço democrático.

Deste modo, foi possível concluir por intermédio deste estudo a existência de um Conselho Municipal de Saúde bem estruturado em aspectos organizacionais e participativos e um bom desenvolvido em relação à atuação e deliberação. No entanto, algumas fragilidades prejudiciais ao conselho necessitam ser destacadas como o caso do envolvimento dos segmentos de gestores e prestadores.

O primeiro aspecto em relação a este segmento está na sua composição. Os gestores do poder executivo e os prestadores de serviço ocupam, na organização do conselho, o mesmo espaço. Ou seja, o Conselho Municipal de Saúde, pela Resolução 333 de 2003, garante 50% dos conselheiros como representantes da sociedade civil, 25% para os trabalhadores da área de saúde e o restante para os prestadores de serviço privados conveniados e para os representantes do poder executivo municipal.

Assim, a categorização para a análise deste estudo compreendeu em um mesmo segmento os gestores do poder executivo e os prestadores de serviço, assim como é feito pela Resolução 333. No entanto, os interesses destes e o acesso à gestão da saúde são diferentes, a participação é diferente e a visão destes sobre o conselho também tenderá a ser, o que justifica a necessidade de se categorizar atores distintos de forma distinta.

O segundo aspecto referente ao envolvimento deste segmento no CMS/BH se dá, em grande parte, pela ausência destes no funcionamento do conselho.

Tanto com as atas quanto com as entrevistas foi observado um distanciamento do segmento gestor/prestador do conselho, o que acabou por levantar hipóteses sobre os motivos deste fato. O que foi possível concluir assim foi, uma atuação discreta no CMS/BH, ou um descrédito destes nas ações do conselho.

Caso se confirme a segunda alternativa, o papel institucional do conselho estará em risco de não se confirmar, já que passará de um espaço deliberativo para uma

instância consultiva, perdendo a sua principal característica, a de ser membro atuante da gestão da saúde municipal mesmo que esta se dê por meio de resoluções.

Ainda assim, foi encontrado em Belo Horizonte um conselho que pode ser considerado funcional e que busca por um cumprimento das ações traçadas para este espaço. Que delibera sobre temas variados sobre o sistema de saúde municipal e que reconhece seus direitos, já que, utilizam até o último recurso para que as deliberações sejam homologadas, no caso, ao recorrer ao Ministério Público.

Este fato apresenta duas faces de uma mesma moeda. De um lado, a força de um conselho atuante e o reconhecimento da importância desta instituição na gestão do SUS, já que busca de todas as formas, deliberar e chegar a resoluções sobre a saúde belo-horizontina. Do outro lado, a necessidade de utilizar este tipo de recurso vai em direção de uma gestão pouco comprometida com o CSM/BH afetando seu papel institucional e o cumprimento das deliberações.

Sugere-se então para pesquisas sobre conselhos de políticas públicas a utilização do método de observação para completar a triangulação metodológica da pesquisa qualitativa. Questões como a ausência do segmento gestor no conselho seria mais bem respondida caso este método houvesse sido usado como ferramenta de coleta dos dados.

Observou-se também no CMS/BH um papel predominante de fiscalização do sistema de saúde e da Secretaria Municipal de Saúde, ficando o papel propositivo como um segundo plano. Assim conclui-se sobre a necessidade de uma visão ampla do Conselho de Saúde de Belo Horizonte pelos próprios conselheiros desta casa, a percepção de um espaço que vai a além da fiscalização garantirá, em termos gerais, um maior alcance do seu papel democrático.

Em relação à participação, observa-se no CMS/BH o reconhecimento da necessidade de participantes externos durante as plenárias. Os conceitos de democracia deliberativa apresentaram que o ideal neste segmento democrático seria a participação de todos por base do discurso racional. No entanto, por não existir meio para tal, o processo deliberativo deve ser realizado pelos representantes eleitos pela sociedade. Ainda assim, a presença de membros externos ao conselho fortalece o discurso com novos olhares e novas perspectivas no debate. Mesmo sem poder de voto, a população participante pode influenciar as decisões do conselho.

Por fim, destacam-se as Câmaras Técnicas do CMS/BH. Foi observado neste estudo a dependência que o conselho possui das câmaras técnicas e da força destas nas deliberações, já que, as discussões e pareceres começam nestas comissões internas que podem influenciar nas deliberações em plenárias. Assim justifica-se a importância de

estudos profundos sobre estas câmaras, já que estas exercem papel fundamental neste processo democrático. Deve-se procurar conhecer nestas comissões quem são as pessoas que mais participam deste espaço interno ao conselho, quais assuntos são mais explorados e qual a verdadeira força da câmara no processo deliberativo.

## REFERÊNCIAS GERAIS

AVRITZER, L.; PEREIRA, M. L. D. Democracia, Participação e Instituições Híbridas. In. **Revista Teoria e Sociedade**, Belo Horizonte, Número Especial, maio, 2005.

AVRITZER, L. Sociedade Civil e Participação no Brasil Democrático. In. AVRITZER L. (org). **Experiências Nacionais de Participação Social**. Belo Horizonte: Editora Cortez, 2010.

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

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Ibam/Fase, 1995

GOHN, M. G. O Papel dos Conselhos Gestores na Gestão Urbana. In: TADEI, A. C. R. E. **Repensando a Experiência Urbana na América Latina: questões, conceitos e valores**. Buenos Aires: CLACSO, 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.

MICHELET, J. **História da Revolução Francesa: da Queda da Bastilha à Festa da Federação**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle Social e Políticas Públicas. In. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 4, n 8, 1992

VOVELLE, M. **A Revolução Francesa e seu eco**. Estud. av., São Paulo , v. 3, n. 6, Aug. 1989 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141989000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141989000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 01 Nov. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141989000200003>.