

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Ederson Alves da Silva

ORGANIZAÇÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS
MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte

2021

Ederson Alves da Silva

**ORGANIZAÇÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS
MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**

Projeto apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Trabalho e Gestão Participativa na Saúde

Orientadora: Prof.^{-a}. Dr^a. Livia Cozer Montenegro

Belo Horizonte

2021

Silva, Ederson Alves da.
SI586o Organização, estrutura e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais [manuscrito]. / Ederson Alves da Silva. - - Belo Horizonte: 2021.
88f.: il.
Orientador (a): Livia Cozer Montenegro.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Controle Social Formal. 2. Participação Social. 3. Conselhos de Saúde. 4. Dissertação Acadêmica. I. Montenegro, Livia Cozer. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: HM 661

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

ATA DE NÚMERO 38 (TRINTA E OITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELO CANDIDATO EDERSON ALVES DA SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de agosto de dois mil e vinte e um, às 14:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ORGANIZAÇÃO, ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS GERAIS", do aluno *Ederson Alves da Silva*, candidato ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Trabalho e Gestão Participativa na Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes doutoras: Prof^a. Livia Cozer Montenegro, Prof^a. Kátia Ferreira Costa Campos e Berenice de Freitas Diniz, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra ao candidato para apresentação do seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa do candidato. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença do candidato e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- APROVADO;
 APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
 REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente ao candidato pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 27 de agosto de 2021.

Prof^a. Dr^a. Livia Cozer Montenegro
Orientadora (UFMG)

Prof^a. Dr^a. Kátia Ferreira Costa Campos
Membro titular (UFMG)

Dr^a. Berenice de Freitas Diniz
Membro titular (Secretaria Municipal de Saúde de Betim/MG)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Livia Cozer Montenegro**, Professora do Magistério Superior, em 08/09/2021, às 23:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kátia Ferreira Costa Campos**, Servidor(a), em 10/09/2021, às 21:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Berenice de Freitas Diniz**, Usuário Externo, em 11/09/2021, às 11:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Davidson Luis Braga Lopes, Secretário(a)**, em 15/09/2021, às 15:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0952177** e o código CRC **4307935A**.

DEDICATÓRIA

Aos Conselheiros(as) Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais pela aprendizagem, luta em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Controle Social.

E aos Conselheiros Estaduais de Saúde de Minas Gerais nas gestões de 2015 a 2017, 2017 a 2019 e 2019 a 2021, em defesa da saúde pública de Minas Gerais e do Brasil, pelo fortalecimento do Controle Social no Estado de Minas Gerais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por fazer parte da minha vida, nesse momento tão difícil que passamos no mundo e no Brasil, em virtude da Pandemia do SARS-coV-2 (COVID-19). Eu, minha esposa, filho, sogra e o tio João fomos infectados pelo vírus e Deus nos permitiu viver, mas infelizmente perdemos o tio João.

A minha esposa Deiva Procópio pelo companheirismo e paciência, mulher especial em minha vida, e ao meu filho Samuel Alves Procópio da Silva, que foi uma promessa de Deus em nossas vidas, menino alegre e esperto, com 1 ano e 8 meses de vida, que não me chama de pai, mas de Dedé, e que amo muito, e a nossa cachorrinha Nina, que não poderia faltar.

A minha mãe, que estudou até o ensino fundamental, chefe de família, com três filhos, e que ajudou na minha alfabetização, pois para ela nossa educação é prioridade. A minhas irmãs e sobrinhos.

A minha professora, orientadora e Conselheira Estadual de Saúde Prof.^a. Dr^a. Lívia Cozer Montenegro, sou muito grato pelo aprendizado, partilha de conhecimento, à oportunidade de explorar a temática da participação social e do controle social em saúde. Você contribuiu muito para o meu desenvolvimento profissional.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, ao Conselho Estadual de Saúde, aos colegas do mestrado e professores, por terem me proporcionado esse momento de aprendizagem e troca de experiências em defesa do Sistema Único de Saúde.

À Central Única dos Trabalhadores de Minas Gerais (CUT-MG), pela confiança na representação dos Conselhos de Saúde no município de Belo Horizonte e do Estado de Minas Gerais.

RESUMO

Introdução: Os Conselhos de Saúde têm assumido responsabilidade perene na gestão pública das políticas de saúde, fiscalizando a aplicação dos recursos, controlando a execução de programas de saúde, monitorando aspectos econômicos e financeiros, analisando o plano de saúde e acompanhando a implementação das diretrizes das Conferências de Saúde em cada esfera de governo. A participação social na área da saúde é por meio dos Conselhos de Saúde, regulamentados pela Lei nº 8.142 de 1990, que garante a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), e pela Resolução 453 de 10 de maio de 2012, que estabelece as diretrizes para a instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. A relevância pública dos Conselhos de Saúde está na exigência do seu funcionamento para que os recursos do Governo Federal que dizem respeito à saúde sejam transferidos para os municípios e estados. Porém, inúmeras situações têm dificultado a atuação dos Conselhos e seus respectivos conselheiros, frente a suas funções. É preciso reconhecer o caráter heterogêneo dos Conselhos de Saúde no Brasil e analisar como os aspectos estruturais, organizativos e funcionais influenciam na dinâmica do conselho, bem como no potencial de suas deliberações. **Objetivo:** Analisar a organização, o funcionamento e a estrutura dos conselhos municipais de saúde de Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de pesquisa transversal, descritiva, de abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2020. O Banco de dados foi coletado diretamente por meio do Cadastro dos Conselhos de Saúde do Estado de Minas Gerais, disponível online, em formato de tabelas possíveis de visualização pelo Excel, em sequência tratadas e incluídas para análise no Software EPIINFO, versão 7.0. **Resultados:** Foram encontrados registros de 842 Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Minas Gerais, e apenas 612 apresentaram a paridade exigida pela Lei 8142/90. O número de Conselheiros no Estado soma 17.137, totalizando 8.459 representantes do segmento dos usuários, 4.143 representantes do segmento dos trabalhadores, 1.885 representantes de prestadores de serviços e 2.598 gestores. A Macrorregião Sul do Estado é a que apresenta o maior número de Conselhos Municipais com um total de 147. A região do Triângulo Mineiro apresentou o menor número de Conselhos Municipais, sendo 26 (Triângulo do Norte). Cabe ressaltar que a maioria dos Conselhos Municipais de Saúde não possui sede própria para seu funcionamento, sendo apenas 113 os que a registraram, e 724 não têm sede própria. Com relação à dotação orçamentária, 592 Conselhos não possuem orçamento próprio. No que diz respeito à Secretaria Executiva, 766 Conselhos registraram a presença de um(a) secretário(a). Com relação à capacitação, apenas 359 Conselhos Municipais do Estado de Minas Gerais oferecem programas de capacitação para conselheiros. Com relação à mesa diretora, 108 Conselhos a não possuem, e 235 não realizam eleição. **Considerações Finais:** Conclui-se que, embora haja um número expressivo de conselheiros de saúde, as estruturas funcionais ainda não são suficientes para garantir a autonomia dos Conselhos de Saúde e a efetiva participação da população na tomada de decisão na gestão do Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES: Controle Social; Participação Social; Conselho de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Health Councils have assumed permanent responsibility in the public management of health policies, overseeing the application of health resources, controlling the execution of health programs, monitoring economic and financial aspects, analyzing the health plan, and monitoring the implementation of Health Conference guidelines in each government sphere. Social participation in the health area is mostly due to health councils, which are regulated by the Law No. 8142 of 1990, that guarantees community participation in the management of SUS (Unified Health System), and by the Resolution 453 of May 10, 2012, that establishes the guidelines for the institution, reformulation, restructuring and functioning of the Health Councils. The public importance of the Health Councils lies in the requirement for them to function, so that federal government resources related to health are transferred to municipalities and states. However, numerous situations have made this transference difficult to the performance of councils and their respective advisers, in view of their functions. It is necessary to recognize the heterogeneous nature of Health Councils in Brazil and analyze how structural, organizational and functional aspects influence the council's dynamics, as well as the potential of its deliberations. **Objective:** To analyze the organization, functioning and structure of municipal health councils in Minas Gerais. **Methodology:** This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. The data collection took place between August and September of 2020. The database was collected directly through the Register of Health Councils of the State of Minas Gerais available online, in the format of tables that can be viewed by Excel, that were in sequence treated and included for analysis in the EPIINFO software, version 7.0. **Results:** The records come from 842 Municipal Health Councils in the State of Minas Gerais. Only 612 had the parity required by Law 8142/90. The total number of Councilors in the State are 17.137, with a total of 8,459 representatives from the users segment, 4.143 representatives from the workers segment, 1.885 representatives from service providers and 2.598 managers. The Southern Macro Region of the State has the largest number of Municipal Councils, with a total of 147. The Minas Triangle region had the lowest number of Municipal Councils, that is 26 (North Triangle). It should be noted that the most Municipal Health Councils don't have their own headquarters for their operation, with only 113 registered having their own headquarters and 724 don't have their own headquarters. About the regarding budget allocation, 592 Councils don't have their own budget. Also, the Executive Secretariat has 766 councils that have registered the presence of a secretary. About the qualification, only 359 State of Minas Gerais Municipal Councils offer training programs for directors. In addition, the 108 councils don't have table Director and 235 doesn't realize election. **Conclusions:** In conclusion, there is a significant number of health counselors, but the functional structures are still not sufficient to guarantee the autonomy of the health councils and the effective participation of the population in decision-making in the management of the SUS.

Keywords: Social Control; Social Participation; Health Council.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação do número de Conselho Municipais de Saúde por macrorregião do Estado de Minas Gerais	33
Tabela 2 – Relação de paridade nos Conselhos Municipais de Saúde por macrorregião do Estado de Minas Gerais	34
Tabela 3- Relação de Conselhos Municipais de Saúde que possuem sede própria por Macrorregião do Estado de Minas Gerais	35
Tabela 4 – Dotação orçamentária dos conselhos de saúde do Estado de Minas Gerais	36
Tabela 5- Relação do nível de escolaridade do (a) Secretário (a) Executivo (a) dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais	36
Tabela 6 – Relação de capacitação dos Conselhos Municipais de Saúde por macrorregião do Estado de Minas Gerais	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CADCESMG - Cadastro dos Conselhos de Saúde do Estado de Minas Gerais

CESMG - Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

CIB- Comissão Intergestores Bipartite

CMSBH - Conselho Municipal de Saúde Belo Horizonte

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CUT- MG - Central Única dos Trabalhadores de Minas Gerais

ESP- MG - Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

PDR – Plano Diretor de Regionalização

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIACS - Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU - Tribunal de Contas da União

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
4 METODOLOGIA DA PESQUISA	29
4.1 Tipo e desenho do estudo.....	29
4.2 O Banco de dados CADCESMG	29
4.3 O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais.....	29
4.4 Coleta de dados e Análise de dados	30
4.5 Aspectos éticos da pesquisa	31
5 RESULTADOS	33
6 DISCUSSÃO	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
APÊNDICE Impacto social e produto	53
ANEXO I -	64
ANEXO II-.....	67

APRESENTAÇÃO

O pesquisador do projeto da dissertação é Bacharel em Direito pela Faculdade Arnaldo e Especialista em Direito Sanitário pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG). Foi Diretor Executivo da Central Única dos Trabalhadores de Minas Gerais no período de 2009 a 2019, Conselheiro Municipal de Saúde de Belo Horizonte nas gestões de 2010 a 2012 e 2012 a 2014. Foi membro da mesa diretora no mandato de 2012 a 2013 no cargo de Secretário Geral, e presidente no mandato de 2013 a 2014 do Conselho Municipal de Saúde Belo Horizonte (CMSBH), no segmento de usuários, representando a Central Única dos Trabalhadores de Minas Gerais (CUT-MG), e Conselheiro Estadual de Saúde de Minas Gerais nas gestões 2015 a 2017, 2017 a 2019 e 2019 a 2021, ocupando o cargo de presidente em exercício do Conselho Estadual de Saúde (CES-MG), no segmento de usuários, representando a Central Única dos Trabalhadores de Minas Gerais (CUT-MG).

Nos últimos anos, a participação da população na política de saúde no Brasil passou por diversas mudanças. Transformações resultaram no desenvolvimento de um dos mais importantes princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação da comunidade. Por meio dos Conselhos de Saúde, de caráter deliberativo, independente e representativo, concretiza-se a participação da sociedade nas políticas públicas e a formulação de propostas para área da saúde quando são organizadas as Conferências de Saúde, que têm objetivo de elaborar o Plano Nacional de Saúde, o Plano Estadual de Saúde e o Plano Municipal de Saúde, com a participação da população.

Pela vivência e experiência no controle social, esta temática se impõe como fundamental para o avanço das políticas públicas de saúde, uma vez que as ações realizadas pelos Conselhos de Saúde reforçam a democracia, equilibram a busca pela equidade e marcam posições estruturantes do processo de gerenciar o Sistema Único de Saúde.

Assim, é necessário analisar os Conselhos Municipais de Saúde do ponto de vista da sua organização, estrutura e funcionamento, a fim de propor alternativas que garantam condições mínimas para o exercício efetivo dos Conselhos de Saúde.

Embora existam portarias do Ministério da Saúde onde a participação do Conselho de Saúde se apresente como componente específico, especialmente quando em referência aos instrumentos básicos do Sistema de Planejamento do SUS, como a Portaria 3.332, de 28/12/06, que “aprova orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS”, e a Portaria 3.176, de 24/12/06, que “aprova orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão e quanto a informações sobre o Plano de Saúde”, o caminho para o provimento de meios e aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa não tem sido fácil.

Não há dúvidas que há muitos problemas, assim como em qualquer organização. Porém, na atualidade, a fragilidade com relação à posse de recursos tradicionais dos conselheiros (renda, escolaridade), e ainda dos recursos organizacionais (materiais e humanos), colocam os Conselhos de Saúde em desvantagem em relação aos demais segmentos que compõem a gestão do SUS, especialmente no que tange à “legitimação” e eficácia, com pouca adesão dos governantes, e à disseminação ainda capilar desses valores no seio da sociedade.

Dessa maneira, espera-se que este estudo contribua para reconhecer as limitações e as fortalezas dos Conselhos Municipais de Minas Gerais e para oferecer ações propositivas para o fortalecimento e propulsão da participação social.

1 INTRODUÇÃO

A redemocratização pela qual diversos países passaram em um tempo não tão remoto tem apontado para novas formas constitutivas das relações entre o Estado e a sociedade. Dito isso, os canais alternativos de participação e os mecanismos de organização social têm se mostrado cada vez mais essenciais para fazer ecoar a voz da sociedade sobre as estruturas políticas, sociais e econômicas do Estado.

A atuação continuada e constante do cidadão na vida política é denominada participação social, por meio da qual é possível permitir no Estado a presença legítima da sociedade organizada com suas demandas, aproximando a construção e execução de políticas públicas às reais necessidades da população. Na mesma direção, Bordenave (1994) afirma que a “participação social é o processo mediante o qual as diversas camadas sociais têm participação na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada”.

A participação social possibilita que as ações políticas ocorram de forma coerente à vontade dos cidadãos. A abertura e a presença organizada da sociedade civil em diversos segmentos do Estado resultam na criação de instrumentos mais transparentes de diálogo, como o crescimento exponencial de ouvidorias, audiências públicas e mesas permanentes de negociação (LAMBERTUCI, 2010).

A participação social pode ser considerada um conjunto de relações culturais, sociopolíticas e econômicas em que os sujeitos, individuais ou coletivos, diretamente ou por meio de seus representantes, direcionam seus objetivos para o ciclo de políticas públicas, procurando participar ativamente da formulação, implementação, implantação, execução, avaliação, fiscalização e discussão orçamentária das ações, programas e estratégias que regulam a distribuição dos bens públicos e, por isso, interferem diretamente nos direitos de cada cidadão (SCOREL; MOREIRA, 2012).

Na perspectiva da Saúde, sabe-se que o Movimento da Reforma Sanitária na década de 1970, com participação massiva da sociedade, protagonizou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, a garantia da população brasileira do direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e a participação da comunidade, além da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos Conselhos de Saúde.

Por meio desse arcabouço legal, foi definida a participação plena da sociedade no planejamento, execução e fiscalização dos programas de saúde por

meio de Conselhos colegiados, de caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, de maneira a atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera (municipal, estadual e nacional) de governo (BRASIL, 1990).

Desde então, os Conselhos de Saúde têm assumido responsabilidade perene na gestão pública das políticas de saúde, fiscalizando a aplicação dos recursos de saúde, controlando a execução de programas de saúde, monitorando aspectos econômicos e financeiros, analisando o plano de saúde e acompanhando a implementação das diretrizes das Conferências de Saúde em cada esfera de governo.

A relevância pública dos Conselhos de Saúde está na exigência do seu funcionamento, para que os recursos do governo federal, que dizem respeito à saúde, sejam transferidos aos municípios e estados.

Segundo Carvalho (2014), o Brasil apresenta cerca de 5.600 Conselhos de Saúde, com aproximadamente 100 a 150 mil pessoas envolvidas. De acordo com os dados inseridos no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde do Conselho Nacional de Saúde, rede com informações de 5.570 conselhos municipais, 26 conselhos estaduais, 36 conselhos distritais de saúde indígena e do conselho do Distrito Federal, é possível identificar um retrato detalhado dos conselhos existentes em todo o país, demonstrando a composição dos colegiados e o cumprimento de normas legais relacionadas ao Sistema Único de Saúde-SUS (CNS, 2020).

A quantidade de Conselhos de Saúde no Brasil aponta que a simples existência dessas instituições permitiu a incorporação de determinados atores políticos no processo de tomada de decisão pública, antes monopolizado pela burocracia estatal. Além disso, apresenta-se a possibilidade de ampliação da participação de certos grupos populacionais com vistas à promoção da equidade e diminuição de vulnerabilidades.

Porém, inúmeras situações têm dificultado a atuação dos conselhos e de seus respectivos conselheiros, frente a suas funções. Diversos autores apontam para a heterogeneidade existente no país e para os limites de suas atuações tangenciadas pela influência política, na qual a influência de cada ator, entendida

como eficácia da ação em termos da consecução de seus objetivos políticos, está, em alguma medida, associada aos recursos de que ele dispõe (FUKS; PERISSINOTTO, 2006; FUKS; PERISSINOTTO; RIBEIRO, 2003; WENDHAUSEN, BARBOSA; BORBA, 2006). Outros autores apontam como inadequado ao funcionamento dos conselhos o desequilíbrio entre estrutura e mobilização, elitização da representação, representatividade desarticulada da base, pouca resolutividade no encaminhamento das deliberações, ingerência da gestão sobre a pauta, burocratização, rompimento da autonomia e defesa de interesses particulares em contraposição à conformação de um projeto coletivo, que são alguns exemplos dos problemas relacionados ao seu funcionamento (SHIMIZU; MOURA, 2015; PAIVA, 2014; VIEIRA, 2010).

Compreendendo que os conselhos de saúde se constituem em importantes mecanismos de inovação democrática, de fomento à participação e de inserção de segmentos sociais na arena deliberativa em saúde, salienta-se a necessidade de fortalecer suas estruturas e organização para que possam amparar os conselheiros a seguirem coerentes com suas funções públicas.

No entanto, é preciso reconhecer o caráter heterogêneo dos Conselhos de Saúde no Brasil e analisar como os aspectos estruturais, organizativos e funcionais influenciam na dinâmica do conselho, bem como no potencial de suas deliberações.

Neste sentido, questionamos: em que condições se encontram os Conselho municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais na perspectiva da sua organização, estrutura e funcionamento?

A partir deste questionamento, conduzimos a pesquisa com vistas a analisar a organização, funcionamento e estrutura dos conselhos municipais de saúde de Minas Gerais, pois se entende que, para garantir um controle social efetivo por meio da sociedade organizada nos conselhos de saúde, é necessário que eles estejam adequados às normas e leis vigentes, para que possam atuar na formulação de estratégias, no controle da execução da política de saúde, nos aspectos econômicos e financeiros. Além disso, consideramos que os conselhos de saúde são o mais alto grau de inovação política institucional e cultural para o avanço da democracia e do Sistema Único de Saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a organização, funcionamento e estrutura dos conselhos municipais de saúde de Minas Gerais.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar o número de Conselhos Municipais por macrorregiões;
- Identificar a origem de constituição dos conselhos de Saúde Municipais de Minas Gerais;
- Avaliar o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais;
- Identificar o número de conselheiros estratificado por segmento no Estado de Minas Gerais;
- Avaliar as estruturas físicas dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O Sistema Único de Saúde e o princípio organizativo de participação da comunidade

A participação social no Brasil na área da saúde foi defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O Controle Social na Saúde foi resultado do movimento que tinha a participação de movimentos sociais, sindicais, com a participação de trabalhadores da área da saúde e estudantes, que surgiu na década de 70.

Nesse sentido, Escorel e Moreira (2012) afirmam que o movimento sanitário desenvolveu um processo de intensa articulação social, política e partidária, conseguindo que a Constituição Federal de 1988 estabelecesse a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, além de formalizar legalmente a organização das ações e serviços de saúde em um Sistema Único de Saúde, regido pelas diretrizes da descentralização, da integralidade e da participação da comunidade.

Até meados de 1988, a população brasileira não tinha acesso aos serviços de saúde pública. O acesso à saúde era somente àqueles com vínculo empregatício, de trabalho formal (LACORTE, 2017). Portanto, um dos objetivos do movimento era que o Estado garantisse proteção à saúde digna e de qualidade à população brasileira.

Os ideais do movimento da Reforma Sanitária envolviam a saúde para todos de forma igualitária. Esses ideais estavam sendo discutidos em todo mundo pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Desde a Conferência Internacional de Alma Ata, realizada na República do Cazaquistão em 1978, o plano era alcançar saúde para todos até o ano 2000, uma lógica prospectiva de ampliação do acesso à saúde (LACORTE, 2017).

No Brasil, inspirados pelo ideário internacional de acesso a saúde, o movimento da Reforma Sanitária ganha forças em um contexto político de redemocratização do país, e em março de 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, com um amplo processo de mobilização social, que articulou a representação de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos estados, contando com a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto,

para discutir os rumos do sistema de saúde (Brasil, 2009). Segundo Escorel e Moreira (2012), a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi o momento de inflexão dessa instância participativa que passou a contar com representantes dos movimentos sociais e da sociedade civil, além de técnicos, governantes e profissionais de saúde, já que nas conferências anteriores a participação se dava de maneira técnica-administrativa.

A participação social se consolida no âmbito da saúde por meio do relatório final da 8ª Conferência, no qual consta a proposta de garantir a participação da sociedade na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde. Nesse sentido, os conselhos municipais despontam como órgãos ou “instâncias participativas” externas ao poder público, possibilitando controle, a seus usuários, do sistema de saúde e de todas as etapas de seu ciclo de políticas (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

Assim, a 8ª Conferência serviu como base para elaboração do Capítulo da Saúde na Constituição Federal de 1988, garantindo em seu artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, art.196).

A adoção do modelo de saúde previsto na Constituição Federal de 1988, centrado no Direito Universal à saúde, na organização de uma rede de serviços com um sistema de atenção integral à saúde, com hierarquização e regionalização do atendimento, foi resultante de um intenso movimento político-governamental brasileiro que sintonizou com o ideário dos Sistemas Públicos de Saúde nos projetos existentes em outros países (VIEIRA, 2010).

Nesse contexto, o Brasil adotou um sistema de saúde público para sua população, com a aprovação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), como prevê o seu artigo 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”

O Sistema Único de Saúde (SUS) conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional. O modelo parte de uma concepção ampla do

direito à saúde e do papel do Estado na garantia desse direito, incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório e da gestão do sistema de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

O SUS, portanto, constitui como um de seus princípios organizativos a participação da comunidade na gestão do Sistema. A participação da comunidade tem previsão legal no artigo 198, inciso III, da Constituição Federal de 1988, e na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, em seu artigo 7º, inciso VIII.

A participação da comunidade é a garantia de que a população, por intermédio de suas entidades representativas, possa participar do processo de formulação de diretrizes e prioridades para a política de saúde, da fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos do SUS e do Controle e avaliação de ações e serviços de saúde executados nas diferentes esferas de governo. A materialização desse princípio se expressa no âmbito do SUS pela constituição dos conselhos de saúde e pela realização das conferências de saúde que representam um canal permanente de diálogo e interação entre os gestores, os profissionais de saúde e a população (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Embora a regulamentação do SUS ficou a cargo de uma lei ordinária, de número 8.080, promulgada em setembro de 1990, os artigos que tratavam da participação da comunidade e do financiamento foram vetados pelo presidente em exercício a época, exigindo um novo processo de mobilização e articulação, que redundou na instituição da Lei nº 8.142, de dezembro 1990 (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

A Lei nº 8.142 de dezembro de 1990, além de praticamente reeditar o artigo sobre a participação da comunidade vetado na Lei nº 8.080, relativo à obrigatoriedade da existência de conselhos municipais, estaduais e federal, ampliou a autonomia desses conselhos ao definir que suas normas de organização e funcionamento deveriam ser oficializadas por meio de regimentos internos específicos, cuja elaboração é atribuição dos próprios conselhos (CARVALHO, 1997).

Desde então, a inclusão da participação da sociedade na gestão do SUS foi afirmada e implementada a partir da Lei nº 8142/1990, com a criação de conselhos de saúde e conferências de saúde, permitindo a integração entre a sociedade e a administração pública, o que denominamos de controle social (BRASIL, 1990).

3.2 O Controle social como locus institucionalizado de participação.

A sociedade moderna, com a globalização econômica e social atrelada aos processos de redemocratização pelos quais diversos países passaram em um tempo não tão remoto, tem apontado para novas maneiras constitutivas das relações entre o Estado e a sociedade. Na atualidade, uma série de canais alternativos de participação e mecanismos de organização social tem sido fundamental para fazer ecoar a voz da sociedade sobre as estruturas políticas, sociais e econômicas do Estado. A popularidade das redes sociais, com a expansão da Internet, abriu espaço para um sistema democrático mais participativo e inclusivo e trouxe um novo cenário que potencializou a participação da sociedade nas questões públicas por meio de portais online e aplicativos (RIBEIRO; BARBOSA, 2016).

Os governos de diversos países do mundo, inclusive o brasileiro, já adotaram as redes sociais para se relacionar com a população e promover a democracia digital (SÁ, 2019). A possibilidade dessas pessoas participarem dos processos de organização das estruturas sociais ultrapassou os limites institucionais e permitiu a proliferação de grupos com graus de autonomia elevados e que levam as pessoas a se organizarem por meio de um conjunto de práticas essenciais para garantir seus direitos em diversos segmentos. Esses grupos fortalecidos abrem espaços, possibilitando o compartilhamento de decisões e poderes às políticas públicas, diferentemente daquela lógica que tradicionalmente restringia o poder de tomada de decisão apenas aos agentes estatais. O ambiente online tornou-se um espaço aberto e estimulante para diferentes formas de contribuição política e de diálogo, ampliando a participação de cidadãos na vida política.

Segundo Avritzer (2007), os indivíduos têm diferentes intensidades em participar, de acordo com seus interesses e seus conhecimentos. Ressalta-se que o exercício da cidadania por meio da participação só é possível quando há a progressão dos modelos de políticas de Estado, que passam por reformas, mudanças administrativas e, com a evolução da concepção de cidadania, permitem a ampliação da atuação popular na administração pública.

O modelo de Estado adotado no Brasil tem nuances de uma democracia representativa e participativa, sendo consolidado por inúmeras leis responsáveis pela sistematização da participação nas políticas públicas. Esse modelo impulsiona

a participação social como um conceito central na discussão sobre democracia e pode ser percebido a partir de diferentes abordagens. Para Souza (2004), a participação possibilita superar a resignação e o medo, gerando condições para o exercício pleno da liberdade e da cidadania. No mesmo sentido (BRASIL, 2013), a participação transforma a realidade e possibilita construir os caminhos percorridos pela humanidade e dar sentido aos outros princípios: igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade.

A participação social, portanto, é um importante mecanismo de aperfeiçoamento da democracia, permitindo ações políticas que tenham maior consonância com a vontade dos cidadãos. O empoderamento e a pressão social também são elementos relevantes para potencializar a participação e gestão compartilhada de políticas públicas entre Estado e sociedade (VENTURA, 2016).

São muitas as maneiras de participar ativamente das questões relacionadas às políticas públicas do estado; porém, instituídas e garantidas por lei, há apenas duas na área da saúde. De acordo com a Lei 8142 de dezembro de 1990, são instâncias colegiadas e legítimas de participação social as conferências de saúde e os conselhos de saúde (BRASIL, 1990). Ambas são obrigatórias em todo país, instituindo um sistema de controle social.

Segundo Carvalho (2008), o controle social pressupõe o avanço da sociedade civil na busca da construção de uma sociedade democrática, que tem como determinante as profundas modificações na relação Estado/cidadão. Nesse sentido o Controle Social nos permite compreender o espaço de mediação entre o Estado e as classes sociais, onde cabe estabelecer práticas de vigilância sobre os direcionamentos do Estado.

O controle social pode ser considerado uma estratégia institucional que tem por finalidade não só abrir as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, mas também reforçar a dinâmica social no sentido de sua organização em associações de interesse, para facilitar a disseminação da cultura participativa própria de uma comunidade cívica, que encontra na igualdade, solidariedade, confiança e tolerância seus princípios fundamentais (LABRA, 2005).

A institucionalização da participação social, que se materializa em Conselhos e Conferências de Saúde, tem como intenção introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável à presença e ação da sociedade. Ao influir nas políticas e nas decisões

de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade para que, em tese, prevaleça o interesse público (NORANHA; LIMA; MACHADO, 2012, COSTA; VIEIRA, 2013). Para conferir sentido à esfera coletiva de decisão, é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os atores e que ela seja baseada na construção de consensos que visam o melhor para a coletividade.

Dessa maneira, a existência das conferências e conselhos é coerente com pelo menos três ideias principais: 1) a necessidade de concretização do controle social, que expressa o objetivo de controle da sociedade sobre o poder público e as políticas de saúde (o ideal da democracia participativa); 2) o esforço de construção de uma gestão participativa, que pressupõe que o processo de formulação e implementação da política de saúde pelos gestores deva ser compartilhado com a sociedade; 3) a necessidade de propiciar um círculo virtuoso entre a sociedade organizada e as instituições públicas na saúde, que rompa com os padrões tradicionais de comportamento político de nossa sociedade (clientelismo, patrimonialismo, personalismo) (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

O panorama atual em torno do potencial das instâncias legítimas de participação social, como os Conselhos de Saúde, segundo o Tribunal de Contas da União (BRASIL, 2015), é que o controle social é um dos fundamentos do SUS, estabelecido na Constituição de 1988. É uma forma de aumentar a participação popular no gerenciamento da saúde no país. Embora não seja a única forma de garantir a participação da comunidade na saúde, o conselho de saúde desempenha um papel importantíssimo no controle social nessa área (SILVA, 2019).

Assim, podemos concluir que o controle social por meio da participação social garante a fiscalização das ações de serviços de saúde e busca melhorias para qualidade do SUS, com a efetiva participação da sociedade nos conselhos de saúde.

3.3 Os Conselhos de Saúde como espaço descentralizado de participação social.

Os Conselhos de Saúde são garantidos no âmbito municipal, estadual e federal pela lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde, com a seguinte definição:

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 constituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

De acordo com a Resolução 453 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde traz a seguinte definição:

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde (BRASIL, 2012).

Os Conselhos de Saúde são colegiados de caráter permanente e deliberativo, formados em cada esfera por representantes do governo, profissionais de saúde, prestadores de serviços e usuários, sendo que este último grupo deve constituir no mínimo metade dos conselheiros (BRASIL, 2012). Vale destacar que a principal atribuição dos conselhos de saúde é a de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas públicas, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 2013, NORANHA; LIMA; MACHADO, 2012). Por meio dos Conselhos de Saúde, a comunidade participa da gestão pública nas políticas de

saúde, fiscaliza a aplicação dos recursos de saúde, controla a execução das políticas de saúde nos aspectos econômicos e financeiros, e analisa o plano de saúde e o relatório de gestão (BRASIL, 2013).

Os Conselhos de Saúde têm como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. Formados por entidades e movimentos sociais de usuários, prestadores de serviços, gestores e profissionais de saúde, os Conselhos são organizados em municipais, estaduais e nacionais. Por meio dos conselhos de saúde, a comunidade ali representada: a) fiscaliza a aplicação do dinheiro público na saúde; b) verifica se a assistência à saúde prestada no estado ou no município está atendendo às necessidades da população; e c) verifica se as políticas de saúde orientam o governo a agir de acordo com o que a população precisa. Por meio dos conselhos de saúde, os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas à saúde e, também, o planejamento e a execução de políticas de saúde (BRASIL, 2015).

Podemos afirmar que o Conselho de Saúde é um mecanismo de controle social que integra a estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde (no caso do Conselho Municipal de Saúde) ou da Secretaria Estadual de Saúde (no caso do Conselho Estadual de Saúde), ou da União (no caso do Conselho Nacional de Saúde) com composição, organização e competência fixadas em lei (DINZ, 2017).

No mesmo sentido, Noronha, Lima e Machado (2012), quanto à composição e formação dos conselhos municipais e estaduais, a lei ou o decreto de sua criação devem respeitar a proporcionalidade de cada segmento, definindo a duração dos mandatos e as estratégias do processo de representação. Ainda que a composição dos conselhos deva ser a mais plural possível, é importante que os conselheiros trabalhem para construir consenso efetivamente voltado para a consolidação dos princípios do SUS, evitando que prevaleçam interesses de segmentos específicos, ou que ocorram polarizações e confrontos político-partidários, corporativos e particulares.

Vale chamar atenção que, nos conselhos de Saúde, a paridade das suas representações deve ser garantida no âmbito Municipal, Estadual e Nacional, para que os Conselhos de Saúde estejam em conformidade com a lei e as resoluções do controle social, para seu pleno funcionamento. Conforme os autores Escorel, Moreira (2012), Brasil (2012) e Brasil (1990), o número de conselheiros é definido pelos Conselhos de Saúde, observando a paridade de seguimentos que terá sua

composição, da seguinte forma: 50% de usuários, 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde, e os demais 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

No que tange as representações a Resolução CNS 453, de maio de 2012, Terceira Diretriz, VI, VII e VIII traz:

A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos(as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as); a ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário(a) e Trabalhador(a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro(a); 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).

A paridade entre os seus membros é colocada como essência. Portanto, julga-se ilegal e imoral que prefeitos, vereadores, gestores de hospitais (público e privados), servidores públicos e trabalhadores de saúde (públicos e privados) ocupem assento no Conselho como usuários de serviços de saúde. Considera-se a necessidade de garantia de independência entre poderes e a paridade é colocada como condição essencial na Lei 8.142/90 (CARVALHO, 2014).

Contudo, temos conselhos de saúde sem a devida paridade na sua composição, prejudicando a autonomia dos segmentos e interferindo no processo de votação nas decisões do conselho. Carvalho (2014) ressalta que é importante estar atento para que não tenhamos a ilusão de que todos os conselhos funcionem bem e que sejam compostos, democraticamente, com a paridade devida.

Chama-se atenção para a importância dos representantes de usuários, uma vez que são representantes de entidades e movimentos sociais de usuários do SUS e do Sistema Único de Saúde que não trabalham no SUS. Usuários são aqueles não comprometidos de forma direta ou indireta com os demais grupos (gestores, prestadores de serviços e profissionais de saúde), não possuindo qualquer vínculo empregatício na área de saúde (DINIZ, 2017).

Com relação aos representantes de profissionais de Saúde, são aqueles de entidades de profissionais de saúde, incluindo a comunidade científica e

trabalhadores da área da saúde no SUS, dos sindicatos e dos Conselhos profissionais de Saúde (DINIZ, 2017).

No que diz respeito aos representantes do governo, caracterizam-se como tais os profissionais indicados pelo gestor, Ministério da Saúde, da Secretária de Saúde Estadual e da Secretaria Municipal de Saúde. Prestadores de serviço são representantes de entidades de prestadores de serviços para o SUS, instituições conveniadas ao SUS ou filantrópicas. (DINIZ, 2017).

Além das características referentes à composição dos conselhos de saúde, é importante revelar que o governo das três esferas deve garantir a autonomia administrativa para o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico. Segundo Brasil (2015), o dinheiro para cobrir os custos para o funcionamento do conselho vem do orçamento do Poder Executivo, ou seja, da prefeitura, do governo estadual ou federal, por meio das respectivas secretarias de saúde. De qualquer forma, é preciso lembrar que o dinheiro destinado ao conselho de saúde deve ser gerenciado pelo próprio conselho. Esta é uma questão muito importante para a independência dos conselhos. Assim, eles têm direito de cobrar da administração municipal a disponibilidade de recursos no orçamento para funcionarem. Há o direito de dinheiro próprio para custear despesas de funcionamento. Além disso, as decisões sobre o uso do seu orçamento são de autonomia do próprio conselho de saúde (BRASIL, 2012).

Do ponto de vista da legitimidade dos conselhos de saúde, destaca-se que a criação deles deve ser estabelecida por lei municipal, no caso dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS), ou estadual, no caso dos Conselhos Estaduais de Saúde e federal, no caso do Conselho Nacional de Saúde, obedecendo a Lei 8.142/90 (BRASIL, 2015; BRASIL, 2012).

A partir da sua criação, afirma-se que todo conselho de Saúde deve ter regimento interno, que definirá como será o mandato dos conselheiros e estabelecerá regras de funcionamento (BRASIL, 2015; DINIZ, 2017). Ainda, os conselhos de saúde podem criar Comissões ou Câmaras Técnicas de acordo com a necessidade local. Essas comissões têm a função de avaliar documentos, debater o tema e emitir pareceres para o plenário do Conselho, dentre outras atividades definidas no regimento (DINIZ, 2017). No mesmo sentido, ressalta-se

que o conselho de saúde exerce suas atribuições através de seu plenário (BRASIL, 2015). Para facilitar o trabalho, os conselheiros podem ser divididos em grupos, para trabalharem em comissões, como, por exemplo: comissão de acompanhamento e fiscalização, comissão de saúde, comissão de comunicação e educação da sociedade e comissão de orçamento e financiamento do SUS.

No que diz respeito ao funcionamento dos Conselhos de Saúde, o plenário do conselho tem que tornar públicas suas decisões por meio de documentos, como resoluções, recomendações e propostas. As resoluções serão homologadas pelo prefeito ou governador em 30 (trinta) dias e devem ser divulgadas oficialmente. Caso os 30 dias passarem e as resoluções não forem homologadas, ou se o gestor não enviar ao conselho uma justificativa com proposta de mudança ou rejeição a ser apreciada na próxima reunião, o conselho de saúde pode buscar sua validação recorrendo, se necessário, ao Poder Judiciário ou ao Ministério Público (BRASIL, 2015; DINIZ, 2017).

Por fim, os temas e a forma de deliberação utilizado nos conselhos devem seguir uma agenda de temas prioritários para a implementação do SUS, de forma a acompanhar ou até antecipar a agenda do gestor correspondente. As deliberações devem ser homologadas, ou seja, transformadas em ato oficial do gestor do SUS (NORANHA; LIMA; MACHADO, 2012).

4 METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 Tipo e desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, de abordagem quantitativa.

Os Estudos descritivos são fundamentais quando se trata de temas pouco explorados. Os estudos descritivos são considerados uma ferramenta de gestão muito importante em sistemas de saúde (Aragão, 2011). Os dados quantitativos deste estudo são de base secundária, coletados por meio do Sistema Online do Cadastro dos Conselhos de Saúde do Estado de Minas Gerais (CADCESMG).

4.2 O Banco de dados CADCESMG

O CADCESMG foi desenvolvido pela Assessoria de Gestão em Tecnologia da Informação, numa parceria entre o Conselho Estadual de Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), em 2013. É um cadastro on-line, único, que deve ser preenchido por todos os conselhos municipais de Saúde do estado na tentativa de não somente traçar um diagnóstico completo do controle social em Minas Gerais, mas também de contribuir para que os municípios tenham conselhos transparentes, atuantes e participativos.

O CADCESMG é gerenciado pelo Conselho Estadual de Saúde, que atualmente se situa no Edifício Lutétia, Av. Amazonas, nº 558, 5º andar, Bairro: Centro, Belo Horizonte, Minas Gerais, CEP. 30170-130.

4.3 O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais

O Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CESMG) foi criado pelo Decreto nº 32.568, de 05/03/1991, e revogado pelo art. 13 do Decreto nº 45.559, de 3/3/2011 e do Decreto 46.934 de 20/01/2016. Sua organização e atribuições estão descritas na Resolução CESMG nº 05 de 09/05/2016.

O CESMG integra a área de competência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e está há mais de 30 anos atuando em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais.

O CESMG é composto por 52 membros titulares e 52 membros suplentes, obedecendo a paridade conforme determina a lei 8.142/1990. É constituído por Plenário, Mesa Diretora, Câmaras Técnicas e Comissões.

Compete ao CESMG atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo Gestor do Sistema Único de Saúde – SUS, no Estado, conforme 1º, § da Lei Federal 8.142/1990 (Minas Gerais, 2016)

4.4 Coleta de dados e Análise de dados

O CADCES apresenta dados referentes à composição dos conselhos, à infraestrutura, às Reuniões, à Secretaria Executiva, aos Conselheiros e à Mesa diretora. De acordo com alguns autores, há dimensões especializadas que auxiliam na análise das características e no funcionamento dos Conselhos de Saúde (VIEIRA, 2010; BISPO JUNIOR *et al.*, 2020). De acordo com esses autores, foi possível analisar, por meio do CADCES, as seguintes variáveis:

-Dimensão de autonomia: avaliou o nível de independência do conselho em relação à gestão da saúde. Relaciona-se também às condições de funcionamento do Conselho de Saúde. Essa dimensão utilizou os indicadores: estrutura física (sede própria); secretaria executiva ou equivalente; dotação orçamentária.

-Dimensão de organização: enfoca a dinâmica cotidiana do conselho. Relaciona-se à periodicidade e organização do plenário, assim como à existência e funcionamento de comissões temáticas. Levaram em consideração dois indicadores: organização do plenário e organização das comissões. Considerando que o CADCES não apresenta dados relacionados à organização do plenário e que se tornou impossível a descrição das comissões temáticas devido à ausência de informações, será a variável desta dimensão a formação/capacitação de conselheiros.

-Dimensão de representatividade: tem por interesse a relação estabelecida entre os representantes e os representados, com destaque para a interação e acompanhamento dos representantes por parte dos representados e os tipos de interesses dos conselheiros. Essa dimensão considerou como indicadores: composição do plenário; relação regular entre representante e entidade/representados, e modo de instituição do conselho.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2020. O Banco de dados foi coletado diretamente por meio do CADCESMG, em formato de tabelas possíveis de visualização pelo Excel e em sequência tratado e incluído para análise no Software EPIINFO versão 7.0.

A análise incluiu técnicas univariadas e bivariadas e os resultados foram apresentados por meio de tabelas.

Figura 1 – Variáveis avaliadas nos Conselhos de saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Dimensão	Função avaliada
Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura Física (sede própria) • Secretaria Executiva • Dotação Orçamentária
Organização	<ul style="list-style-type: none"> • Formação de Conselheiros
Representatividade	<ul style="list-style-type: none"> • Composição do plenário • Relação regular entre representantes • Modo de instituição (Lei, Decreto e Portaria) do conselho

Fonte: Para fins deste estudo

4.5 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa não envolveu seres humanos, o que se justifica pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisas com seres humanos (CONEP), conforme a Resolução 466/2012. A pesquisa envolveu dados de domínio público e de acesso irrestrito, disponíveis em uma plataforma online. O acesso aos dados teve como finalidade específica promover melhorias de informações sobre os conselhos de saúde de Minas Gerais. As identidades dos Conselhos de Saúde foram resguardadas.

O projeto está de acordo com a Lei 12.527 de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso à informação, assegurando os princípios básicos da administração pública com relação ao acesso à informação.

O projeto foi aprovado na Câmara Departamental do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da UFMG.

5 RESULTADOS

De acordo com o Cadastro dos Conselhos de Saúde do Estado de Minas Gerais, os Conselhos Municipais de Saúde cadastrados somam um total de 842. A Macrorregião Sul do Estado é a que apresenta o maior número de Conselhos Municipais, com um total de 147, seguido da Macrorregião Centro (103) e, posteriormente, da Macrorregião Sudeste (94). A região do Triângulo Mineiro apresenta o menor número de Conselhos Municipais, sendo respectivamente 27 (Triângulo do Sul) e 26 (Triângulo do Norte). Nota-se que a região Centro e a Região Oeste possuem número de conselhos cadastrados superior ao número de municípios (Tab.1).

Tabela.1 – Relação do número de Conselho Municipais de Saúde por macrorregião do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

MACRORREGIÃO	N. DE MUNICÍPIOS	N. CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE
Centro	101	103
Centro-Sul	51	48
Jequitinhonha	31	29
Leste	86	86
Leste do Sul	53	52
Nordeste	57	57
Noroeste	33	33
Norte	86	85
Oeste	53	55
Sudeste	94	94
Sul	154	147
Triangulo do Norte	27	26
Triangulo do Sul	27	27
Total	853	842

Fonte: CADCES, 2020 e PDR MG 2020.

Do ponto de vista da dimensão representativa, o número de Conselheiros de Saúde em todo o Estado é de 17.137, sendo um total de 8.459 representantes do segmento dos usuários, 4.143 representantes do segmento dos trabalhadores, 1.885 representantes dos Prestadores de serviços e 2.598 gestores. Ressalta-se, ainda, que dos 842 Conselhos Municipais de Saúde cadastrados, apenas 612 apresentam a paridade exigida pela Lei 8142/90 (Tab.2).

Tabela.2 – Relação de paridade nos Conselhos Municipais de Saúde por macrorregião do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Macrorregião	Nº de Conselheiros	Conselheiros Usuários	Conselheiros Trabalhadores	Conselheiros Prestadores de Serviço	Conselheiro Gestor	Paritário	Não paritário
Centro	2446	1223	618	196	432	87	16
Centro-Sul	920	459	211	114	131	35	13
Jequitinhonha	552	268	137	50	91	24	5
Leste	1647	820	404	163	266	67	19
Leste do Sul	977	481	238	133	145	29	22
Nordeste	1225	618	291	132	183	39	18
Noroeste	634	310	158	69	97	24	9
Norte	1792	892	419	202	272	58	27
Oeste	1192	577	289	141	182	40	15
Sudeste	2037	957	472	238	303	63	31
Sul	2643	1314	653	319	343	105	42
Triângulo do Norte	582	290	142	78	72	22	4
Triângulo do Sul	490	250	111	50	81	19	8
Total	17137	8459	4143	1885	2598	612	229

Fonte: para fins deste estudo.

No que tange à constituição dos conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais, a maior parte foi constituída por meio de Lei Municipal (808), 23 foram constituídos por meio de decreto e 11 foram constituídos por meio de Portaria, sendo estes os municípios de Casa Grande, Região Centro Sul; Dom Joaquim, Região Centro; Fama, Região Sul; Faria Lemos, Região Sudeste; Goiana, Região Sudeste;

Joáima, Região Nordeste; Leandro Ferreira, Região Oeste; Nova Modica, Região Nordeste; Pavão, Região Nordeste; São João da Mata; Região Sul; Volta Grande, Região Sudeste.

Na Dimensão de Autonomia, a maioria dos Conselhos Municipais de Saúde não possui sede própria para seu funcionamento, sendo apenas 113 os que registraram possuir sede própria e 724 os que não têm sede própria (Tab.3). Com relação à Dotação Orçamentária, 592 Conselhos não possuem orçamento próprio e somente 245 possuem orçamento (Tab.4). No que diz respeito à Secretaria Executiva, 766 Conselhos registraram a presença de um(a) secretário(a). As Secretarias Executivas, segundo os dados do CADCES, são compostas por indivíduos com formação de ensino fundamental (15), ensino Médio (224), de nível superior completo (452), seguindo de indivíduos com formação de superior incompleto (74). Os Conselhos Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais registraram a presença de Mesa Diretora (728), na qual seus membros são escolhidos por meio de processo eleitoral (601).

Tabela.3- Relação de Conselhos Municipais de Saúde que possuem sede própria por Macrorregião do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Macrorregião	Sede própria	Não possui sede própria
Centro	13	89
Centro-Sul	8	39
Jequitinhonha	3	26
Leste	7	78
Leste do Sul	4	47
Nordeste	6	51
Noroeste	8	25
Norte	8	77
Oeste	4	50
Sudeste	0	3
Sul	25	122
Triângulo do Norte	6	20
Triângulo do Sul	6	21
Total	113	724

Fonte: para fins deste estudo

Tabela.4 – Dotação orçamentária dos conselhos de saúde do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

	Dotação Orçamentária		Secretaria Executiva		Mesa Diretora		Eleição Mesa diretora	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Total estadual	245	592	766	76	728	108	601	235

Fonte: para fins deste estudo

Tabela.5- Relação do nível de escolaridade do (a) Secretário (a) Executivo (a) dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Nível de Escolaridade	Frequência
Ensino Fundamental	15
Ensino Médio	224
Superior completo	452
Superior Incompleto	74
Não informaram	77
Total	842

Fonte: para fins deste estudo

Na Dimensão de Organização, considera-se função dos Conselhos de Saúde o apoio e promoção da educação para o controle social. Muitos Conselhos devem capacitar seus conselheiros para desempenharem sua função pública da melhor maneira possível. Com relação à capacitação, apenas 359 Conselhos Municipais do Estado de Minas Gerais oferecem programas de capacitação para conselheiros e 478 não oferecem cursos de capacitação (Tab. 5).

Tabela.6 – Relação de capacitação dos Conselhos Municipais de Saúde por macrorregião do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021.

Macrorregião	Realiza capacitação	Não realiza capacitação
Centro	47	55
Centro-Sul	22	25
Jequitinhonha	14	15
Leste	24	61
Leste do Sul	15	36
Nordeste	22	35
Noroeste	11	22
Norte	45	40
Oeste	18	36
Sudeste	49	45
Sul	62	85
Triângulo do Norte	14	12
Triângulo do Sul	16	11
<u>Total</u>	359	478

Fonte: para fins deste estudo

6 DISCUSSÃO

Os Conselhos Municipais de Saúde são espaços importantes para a efetivação das políticas públicas de saúde no município. A sociedade busca por meio dos conselhos de saúde melhorar os serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, para que essas ações sejam exercidas pelos conselheiros de saúde, é necessário que as leis e regimentos dos conselhos de saúde estejam em conformidade com a lei 8.142/90 e com a Resolução 453 do Conselho Nacional de Saúde, que assegura aos conselhos estruturas adequadas e autonomia que possibilitem aos conselheiros de saúde exercerem o seu papel na fiscalização, formulação e controle da execução, garantindo o poder deliberativo dos conselhos de saúde (BRASIL, 1990; CNS, 2012).

Assim, Vieira (2010) afirma que a estrutura corresponde à base a partir da qual os conselhos de saúde encontram possibilidade de desenvolver seus trabalhos com propriedade, e corresponde à componente fundamental para o êxito de uma gestão participativa. Nesse mesmo sentido, Petrúcio (2016) aponta que as funções do Conselho de Saúde são complexas, pois incluem a responsabilidade de conhecer, analisar, julgar, cobrar e divulgar os programas de saúde, o que impõe a necessidade de uma qualificação técnica e de uma estrutura adequada. Ao analisar as informações no CADCES, percebe-se que os conselhos municipais de saúde do Estado de Minas Gerais não estão adequados ao seu pleno funcionamento, conforme demonstrado na tabela 3 e 4, pois, dos 842 conselhos de saúde registrados em Minas Gerais, 724 não possuem sede própria e 592 não possuem dotação orçamentária. Apesar disso, 766 apresentam secretaria executiva com nível intelectual adequado, sendo fundamental para apoiar os trabalhos desenvolvidos pela plenária, pela mesa diretora, e pelas comissões técnicas, na perspectiva de agilizar as demandas das diferentes frentes, dinamizando as ações dos conselhos (VIEIRA; CALVO, 2011).

Estudos que avaliaram a estrutura dos conselhos de saúde brasileiros confirmam o pior desempenho na dimensão estrutura (MOREIRA; ESCOREL; 2009; VIEIRA; CALVO, 2011). Quando se observa a dotação orçamentária, secretaria executiva e sede própria, os autores afirmaram que, dos 5.564 municípios brasileiros, somente 4,8% dos conselhos possuíam “orçamento próprio”, 16,6% possuíam “sede”, e 33% possuíam “secretaria executiva”.

A indicação de um mau desempenho com relação à estrutura dos conselhos retratava a necessidade de normativas consistentes e estudos que permitissem identificar correções necessárias para a garantia da participação da sociedade nas decisões em saúde (VIEIRA; CALVO, 2011).

Dessa maneira, em 2012, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Resolução 453/2012, que dispõe sobre a estrutura e o funcionamento dos conselhos de saúde no Brasil, definindo, em sua quarta diretriz, que as três esferas do governo deveriam garantir autonomia administrativa para o pleno funcionamento dos conselhos, dotação orçamentária com autonomia financeira, organização da secretaria executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico (BRASIL, 2012).

Somado a Resolução 453/2012, vale destacar que, desde a instituição do Sistema Único de Saúde, foram desenvolvidos no país normas operacionais e marcos organizativos com o intuito de garantir o pleno funcionamento dos conselhos de saúde (BISPO JUNIOR, 2018). Todo este arcabouço regulatório aponta para a obrigação de que todas as ações e políticas de saúde devem ser obrigatoriamente aprovadas nos conselhos de saúde, sob pena de não receberem repasse de recursos federais para o financiamento do setor. Entretanto, ainda se evidencia um processo de deslegitimação da função conselho, seja por via direta, com a não homologação das deliberações por parte dos gestores, seja por via indireta, com restrições às condições de funcionamento e práticas manipulativas dos gestores nos conselhos (MOREIRA, 2016).

Segundo Moreira (2016), uma hipótese para esta deslegitimação é que a prática deliberativa dos conselhos de saúde tende a considerá-los como uma instituição que tem poder sobre as demais instituições do processo decisório (Secretaria Municipal de Saúde, Câmara de Vereadores, Comissão Intergestores Bipartite – CIB), o que cria o ambiente propício para que estas reajam negativamente. Tais reações, persistindo ao longo do tempo e do processo político, elevam o risco de deslegitimação dos conselhos.

Porém, as dificuldades dos conselhos não se esgotam na dimensão estrutural. Num estudo realizado no Estado de Minas Gerais composto por 853 municípios, divididos por 13 macrorregiões de saúde (PDR, 2019), percebe-se que cada macrorregião de saúde deve ter o mesmo quantitativo de municípios e conselhos municipais de saúde, de acordo com a lei nº 8.142, de 28 de dezembro

de 1990. Porém, os resultados demonstram que o número de conselhos municipais de saúde cadastrados no Cadastro de Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais (CADCESMG) é de 842, número inferior ao quantitativo de municípios do Estado. Portanto, 11 conselhos municipais de saúde não recebem as informações do controle social do Estado enviados pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, que tem como banco de dados o CADCESMG. Restam até mesmo dúvidas quanto ao funcionamento destes conforme as normas e leis que regem o controle social na saúde.

Somente 5 regiões, quais sejam: Leste, Nordeste, Noroeste, Sudeste, Triângulo do Sul, estão cadastradas, contemplando a relação total entre o número de municípios e conselhos municipais de saúde. Foi possível identificar que as regiões Centro e Oeste estão com 2 conselhos cadastrados em número superior ao número de municípios, e que as regiões Leste do Sul, Norte e Triângulo do Norte estão com a ausência de 1 conselho de saúde cadastrado. À região de Jequitinhonha faltam 2 conselhos, à região Centro Sul faltam 3 conselhos de saúde referentes ao número de municípios e à região Sul faltam 7 conselhos de Saúde referentes ao número de municípios.

A ausência de um Conselho de Saúde no município é condição de impedimento para o recebimento de recursos do SUS. Nesse caso, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a criação e a definição da composição do Conselho Municipal (TELLECHEA, 2010).

Por mais que esta avaliação represente a atualização de dados cadastrais em um sistema de informação, a ausência de compromisso com o funcionamento e com a transparência nos permite refletir sobre a limitada capacidade de influência do controle social sobre as políticas de saúde municipais.

O fluxo de comunicações mais horizontalizadas é elemento próprio das teorias que envolvem a participação social. Segundo Serapioni e Mattos, podemos afirmar que:

Uma representatividade efetiva e responsável supõe a ativação de canais de comunicação bilateral entre as pessoas designadas para participar e aqueles que as representam". Compreende-se que os canais de comunicação e a relação dos conselhos com estes, representam o grau de

comprometimento e participação de seus membros, assegurando que há interesse, empatia e articulação entre seus representantes. (MIWA; SERAPIONI; VENTURA, 2017).

A escassez de informações invisibiliza o conselho, gerando desconfianças sobre sua existência e potencializando o desconhecimento das funções perante a sociedade, afetando a dimensão representação.

No que tange à dimensão representação, o número de conselheiros de saúde no estado é animador e demonstra avanços no quesito interesse da sociedade pelo controle social na saúde. Portanto, trata-se de um cenário que, quando visualizado isoladamente, é positivo, pois insere um número cada vez maior e mais diversificado de interesses no processo decisório das políticas municipais de saúde (MOREIRA; ESCOREL, 2009). Por outro lado, em conformidade com a Lei 8.142/1990 e a Resolução 453/2012, os conselhos municipais de saúde devem ter a seguinte composição: 50% de usuários, 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde, e os demais 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos (BRASIL, 1990; BRASIL, 2012). Porém, dos 842 conselhos municipais cadastrados, identificou-se a ausência de paridade em 229 conselhos municipais de saúde.

A realidade da composição dos Conselhos de saúde em Minas Gerais não segue o princípio da paridade em um número expressivo de municípios. Segundo Tellechea (2010), ocorrem casos em que um mesmo conselheiro representa segmentos com interesses opostos (como por exemplo entre usuários e prestadores) ou é um político em cargo eletivo (em geral, vereador). Com a mesma frequência, o conselheiro é indicado pelo Prefeito ou Gestor ou por entidades alheias ao Conselho de Saúde (Ordem dos Advogados do Brasil, clubes de serviço como Rotary e Lions etc.), bem como por agremiações desconhecidas da comunidade. Pode-se argumentar que essa situação é um descumprimento da lei pelo poder executivo, o que transferiria o problema para a esfera jurídica, pois os 229 municípios encontram-se irregulares para receberem os recursos da saúde. A organização do controle social toma forma jurídica no país, já que os conselhos de saúde estão incluídos por lei na estrutura decisória e na fiscalização do manejo dos recursos públicos destinados ao SUS (SHIMIZU; MOURA, 2015).

Um estudo realizado por Vieira e Calvo (2011) também apresentou mal desempenho dos municípios na dimensão representatividade no estado de Santa Catarina, fato concordante com os achados por Wendhausen, Barbosa e Borba (2006) em estudo que envolveu conselhos municipais de saúde da cidade de Itajaí Santa Catarina.

Compreendendo que, na dimensão representativa, a paridade é central para a efetividade dos conselhos de saúde. Vale salientar que, em 2011, os ministros do Tribunal de Contas da União deliberaram aos conselhos de saúde no Brasil, por meio do Conselho Nacional de Saúde, a obrigatoriedade de estabelecer mecanismos de identificação dos municípios que não estivessem respeitando a Lei nº 8.142/90 e Resolução/CNS nº 333/2003, sob ordem de abster-se da transferência de valores aos entes da Federação que não observassem a paridade na composição do respectivo Conselho de Saúde, por meio do ACÓRDÃO Nº 1660/2011 - TCU – 1ª Câmara (TCU, 2011). Fruto do acórdão, o Conselho Nacional de Saúde implantou o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS) para fins de mapeamento e posteriormente divulgou a Resolução 453/2012, a fim de estabelecer a organização daqueles que não estavam adequados à legislação. No mesmo formato, o Conselho Estadual de Minas Gerais implantou, em 2013, o CADCESMG. Apesar das tentativas regulatórias, a composição sem paridade ainda é uma realidade no estado de Minas Gerais. Vale ressaltar que a atividade dos conselhos só se concretiza por meio da interação de atores que têm interesses nos problemas públicos sobre os quais atuam as políticas de saúde (Secretaria Municipal de Saúde, o Poder Legislativo municipal, Poder Judiciário, Ministério Público, agentes ligados aos interesses privados e de mercado). Se estes atores não legitimam os Conselhos Municipais de Saúde, dificilmente haverá sucesso (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Um aspecto importante de ser mencionado com relação à dimensão de representatividade nos conselhos de saúde de Minas Gerais diz respeito à maioria dos conselhos apresentarem mesa diretora (86,5%) com seus membros eleitos via eleições (71,4%). De acordo com Tellechea (2010), é de extrema importância para a manutenção da representatividade da entidade da sociedade civil organizada nos Conselhos que aqueles eleitos pelos segmentos mantenham permanente e efetivo contato com sua base eleitoral, colhendo suas demandas e prestando contas de seu mandato. O reconhecimento de uma mesa diretora elegida por seus membros

configura atitude relevante frente ao processo decisório dos conselhos, uma vez que é por meio da mesa diretora que se realiza a apreciação inicial e a triagem de assuntos que serão debatidos em plenário, a elaboração de pareceres técnicos e a tomada de decisões administrativas e normativas. Os atores que constituem a mesa diretora são significativos para viabilizar as ações dos conselhos, pois por meio deles permite-se controlar o poder de agenda, a pauta de discussão e, portanto, o rumo das reuniões e decisões (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Outro aspecto a ser discutido, do ponto de vista da dimensão representação, é a constituição dos conselhos municipais de saúde que devem ser definidos por leis. Neste estudo, verificou-se que no Estado de Minas Gerais há 23 conselhos constituídos por decretos e 11 por portarias. Segundo o Tribunal de Contas da União, a criação dos conselhos de saúde é estabelecida por lei municipal no caso dos Conselhos Municipais de Saúde, ou estadual, no caso dos Conselhos Estaduais de Saúde e de caráter permanente, que deve sempre existir, independentemente de decisões da gestão da União, do estado ou do município (BRASIL, 2015). Vale lembrar que um conselho de saúde não pode ser extinto por nenhuma autoridade ou lei estadual ou municipal. Para que um conselho possa ser extinto é necessária outra lei federal. Daí a responsabilidade dos conselheiros em legitimar o conselho de saúde no formato de lei. De acordo com a Lei 8142/90, que define seu caráter permanente, não existe a hipótese legal de o Conselho ser fechado e, depois algum tempo, ou da aprovação de nova legislação, reaberto (BRASIL, 1990).

Neste sentido, salienta-se que a instituição por meio de portaria, que é um ato do executivo, torna-se um risco para a permanência do conselho de saúde. Neste caso, uma vez que o gestor do executivo esteja insatisfeito com a composição ou deliberação do conselho, ele tem a liberdade para mudar sua composição e atender os interesses da gestão.

No que diz respeito à dimensão organização, as capacitações por meio de programas de educação permanente são uma atividade comum para 359 Conselhos Municipais do Estado de Minas Gerais. Por outro lado, 478 conselhos não oferecem cursos de capacitação. Estes resultados apontam para mais uma fragilidade dos conselhos, pois desde 2005 o Conselho Nacional de Saúde determina ser de responsabilidade intransferível dos próprios Conselhos de Saúde a educação permanente para o controle social no SUS. Isto é reforçado pela Lei

complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, na qual o artigo 44 aponta que, no âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2012; BRASIL, 1990; BRASIL, 2005).

Para o controle social, compreende-se que a educação permanente trata de processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, por meio de processos formais e informais que valorizem as experiências (vivências) das pessoas (BRASIL, 2006).

A educação permanente é fundamental para a qualificação dos conselheiros municipais de saúde na atuação nos conselhos. A partir do conhecimento das leis, resoluções e normas que regem o controle social e o Sistema Único de Saúde (SUS), os conselheiros irão desempenhar suas funções com mais respaldo e garantir o poder deliberativo atribuído aos conselhos de saúde.

A educação permanente no controle social visa possibilitar aos conselheiros municipais de saúde o aperfeiçoamento de uma consciência crítica sanitária e apresentar instrumentos para intervenções mais objetivas para que acompanhem de forma mais qualificada as discussões, negociações e pactuações das políticas públicas do SUS (MINAS GERAIS, 2017).

Em Minas Gerais, o Conselho Estadual de Saúde tem envidado esforços para garantia da educação permanente ao controle social por meio da parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) desde 2017, ano no qual contratou cursos de qualificação para os 853 conselhos municipais de saúde (Minas Gerais, 2017). A ideia da educação permanente para o controle social é tornar os conselheiros e interessados em sujeitos sociais capazes de deliberar sobre as políticas, conhecendo a legislação e o financiamento do SUS, e desenvolvendo também o intercâmbio de experiências sobre o controle social.

As capacitações em nível nacional e local são gratuitas e coerentes à legislação que estimula a educação permanente como responsabilidade intransferível dos conselhos.

No geral, os números demonstram que há fragilidades no funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais. Entretanto, também apontam condições favoráveis para ampliar a participação social, bem como para aprimorar suas funções. No tocante às fragilidades, percebe-se que esta é uma realidade nacional. Segundo, Moreira (2016), a quantidade de vezes que as normas e legislações que regem a organização dos conselhos de saúde no Brasil são desrespeitadas e o fato dessas estarem distribuídas por todo o País, incidindo locais nos quais o movimento social e o Ministério Público têm atuação destacada, parecem indicar que, se há um problema jurídico, decorre mais de uma lacuna, da ausência de jurisprudência e/ou da indefinição legal sobre o papel e o poder dos Conselhos Municipais de Saúde.

Merece trazer à tona os interesses políticos e os projetos de poder que incidem sobre a lógica de organização dos conselhos de saúde. Com a estrutura dos conselhos apresentada neste trabalho não seria possível o acompanhamento e monitoramento completo das políticas de interesse público na saúde. Moreira (2016) afirma que a quantidade e a sequência de deliberações dos Conselhos Municipais de Saúde que não são homologadas pelo poder executivo colocam em xeque sua legitimidade institucional e, por conseguinte, reduzem suas possibilidades de intervirem nos rumos das políticas de saúde. Percebe-se uma 'crise de deslegitimação', que pode esvaziar de sentido os avanços conquistados, até os dias atuais, ademais com o advento das redes sociais, que ampliou os debates políticos sobre todas as esferas da sociedade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou os desafios e características organizativas e estruturais dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais. Percebeu-se que os conselhos de saúde se constituem em importante mecanismo de participação social, com um número expressivo de conselheiros distribuídos nas 13 macrorregiões do estado. Os dados demonstraram o potencial do funcionamento dos conselhos em favor da democratização dos espaços de poder e da tomada de decisões, ainda que com relações assimétricas entre seus representantes.

A pesquisa no Cadastro dos Conselhos de Saúde de Minas Gerais (CADCES) demonstrou que, apesar de haver municípios com conselhos de saúde ausentes do ponto de vista da informação, há um compromisso da maioria deles em registrar os dados, o que nos permite fazer avaliações e acompanhar o desenvolvimento deste espaço democrático.

Com relação ao funcionamento dos conselhos, percebe-se que são muitas as fragilidades, em especial as advindas da ausência de um orçamento específico para sua atuação autônoma. Sem dotação orçamentária, os conselhos ficam limitados e muitas vezes cumprem apenas uma exigência legal de existir.

Um aspecto importante a valorizar é que os conselhos de saúde de Minas Gerais têm apoio de uma secretaria executiva cuja participação é fundamental para dinamizar os processos e as burocracias dos conselhos.

As reflexões apresentadas neste estudo apontaram ser preocupante a ausência da paridade exigida por lei entre conselheiros. Afinal, legitima-se os conselhos como espaços democráticos de fomento à participação social, mas, ao revelar os dados, percebe-se pouco avanço na perspectiva da inclusão e influência das representações dos segmentos sociais no âmbito dos conselhos.

Apesar dos conselhos realizarem capacitações, fica evidente que a função educativa precisa ser aprimorada, em especial aquelas extensivas à comunidade de maneira a contribuir para o estímulo à participação cidadã e defesa da democracia e do Sistema Público de Saúde.

No geral, os números demonstram que há fragilidades no funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais, entretanto, apontam condições

favoráveis para ampliar a participação social, bem como desenvolver plenamente suas funções.

Na qualidade de presidente em exercício do Conselho Estadual de Minas Gerais, fiquei surpreso com os resultados encontrados, especialmente ao me deparar com indicadores frágeis que destoam da legislação.

De maneira a contribuir para a valorização deste espaço instituído de participação social, a experiência na relação com os conselhos me autorizou a buscar medidas de apoio para a atualização dos dados e, especialmente, a elaborar um manual de consulta rápida com as principais dúvidas registradas ao longo desses anos como componente da mesa diretora.

Como limitações deste estudo, foi possível perceber que, apesar de necessário, o estudo descritivo careceu de informações mais subjetivas que respondam sobre a organização, estrutura e funcionalidade dos conselhos na informalidade do cotidiano das ações nos municípios.

Registra-se a importância de estudos que busquem valorizar e fortalecer a participação social como princípio e instrumento de cidadania e bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGÃO, J. **Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas**. REVISTA PRÁXIS ano III, nº 6 - agosto 2011.

AVRITZER, L. **Sociedade civil, instituições participativas e representação**. Revista Dado, v. 50, n. 3, 2007.

BISPO JUNIOR *et al.* **Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho**. Cad. Saúde Pública. v. 36, n.1, e00241718, 2020.

BORDENAVE, J. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 453 de 10 de Maio de 2012**. Estabelece as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br> . Acesso em 05 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Publicada no Diário Oficial da União, nº 12, seção 1, p. 59, 2012.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 04 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências. Disponível em: HTTP://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 04 jul. 2019.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o §3 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Lcp141.htm. Acesso em 16 out. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: HTTP://www.planalto.gov.br/ccivil_/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 16 out. 2020.

BRASIL. **Lei 12.527 de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro

de 1991; e dá outras providências. Disponível em:
https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL Ministério da Saúde. **Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS.** Brasília, Distrito Federal: 2013, 2ª edição, p.8. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/conselhos_saude_responsabilidade_controle_2educacao.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde.** 2. ed. – Brasília: TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS/** Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARVALHO, G. de; Marques, C. de. **Participação da comunidade na saúde.** Campinas, Saberes Editora, 2014.

CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de Saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma de Estado.** In: FLEURY, S. (Org.) Saúde e Democracia: a luta do Cebes. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

COSTA, A.M.; VIEIRA, N.A. **Participação e controle social em saúde.** In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

DINIZ, B. F. **Curso de qualificação para conselheiras e conselheiros municipais de saúde do Estado de Minas Gerais:** Unidades 1, 2, 3 e 4: guia do aluno/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESP-MG:CES-MG, 2017.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. **Participação Social**. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.) Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

FUKS, M.; PERISSINOTTO, R. **Recursos, decisão e poder: conselhos gestores de políticas públicas de Curitiba**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 21 n. 60, fev. 2006.

FUKS, M.; PERISSINOTTO, R.; RIBEIRO, E. **Cultura política e desigualdade: o caso dos conselhos municipais de Curitiba**. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, 2003.

LABRA, M.E. **Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios**. In: LIMA, N. T. (org.) Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LACORTE, S.C.M.S. **Curso de qualificação para conselheiras e conselheiros municipais de saúde do Estado de Minas Gerais**: Unidades 1, 2, 3 e 4: guia do aluno/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESP-MG:CES-MG, 2017.

LAMBERTUCI, A. R. **A participação social no Governo Lula**. In: Avritzer, L. (Org.). Experiências nacionais de participação social. Belo Horizonte/São Paulo: UFMG/Cortez, 2010. 70-89. MINAS GERAIS.

MINAS GERAIS. **Decreto 32.568, de 05 de março de 1991**. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CESMG) e dá outras providências.

MINAS GERAIS. **Decreto 45.559, de 03 de março de 2011**. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CESMG) e dá outras providências.

MINAS GERAIS. **Decreto 46.934 de 20 de janeiro de 2016**. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CESMG) e dá outras providências.

MIWA, M. J.; SERAPIONI, M.; VENTURA, C.A.A. **A presença invisível dos conselhos locais de saúde** [Internet]. Saúde e Sociedade. v.26, n. 2, p. 411-423, Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170049>.

MOREIRA MR, ESCOREL S. **Conselhos de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS**. Ciência e Saúde Coletiva. 2009.

MOREIRA, M. R. **Reflexões sobre democracia deliberativa**. Contribuições para os conselhos de saúde num contexto de crise política”, Saúde em Debate, 2016.

NORONHA, J. C.; LIMA, DIAS, L.; MACHADO, C. V. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: GIOVANELLA, L. *et al* (org.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

PAIVA, C. H. A; TEIXEIRA, L.A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. Hist. cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, Mar. 2014.

PETRÚCIO. M. M. C. **Controle Social no Sistema Único (SUS): percepção sobre a responsabilidade legal dos conselhos de saúde e seus integrantes**.

Dissertação de Mestrado – Faculdade Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, 2016.

RIBEIRO, M. M.; BARBOSA, A. F. Medição do uso da internet para a participação: desafios para governo e sociedade no Brasil. In: SILVA, S. P.; BRAGATTO, R. C.; SAMPAIO, R. C. (Org.). **Democracia digital, comunicação política e redes**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Folio Digital, 2016

SÁ, M. **As redes sociais como ferramentas de participação cidadã**: os impactos do Facebook do Governo do Distrito Federal (Brasil) na gestão de benefícios sociais. GIGAPP Estudos Working Papers, [s. l.], v. 6. n. 125, p. 269-284, 2019.

SERAPIONI. M.; MATOS, A. R. **Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa, v. 31, n. 1, p. 11-22, 2013.

SHIMIZU, H. E.; MOURA, L. M. **As representações sociais do controle social em saúde: os avanços e entraves da participação social institucionalizada**. Saúde Soc., São Paulo, v.24, n. 4, p.1180-1192, out./dez.2015.

SILVA, L. S. O de. **Controle social na saúde: uma análise sobre o projeto de participação social**. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

SIACS. **Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde do Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/acoes-e-programas-cns/667-sistema-de-acompanhamento-dos-conselhos-de-saude>, acesso em 04 mar. 2020.

SOUZA, H. **Participação**. São Paulo: Laboratório de Tecnologia e Sistemas de Informação. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Universidade de São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.tecsi.fea.usp.br/eventos/contecsi2004/BrasilEmfoco/port/polsoc/partic/apresent/apresent.htm>>. Acesso em: 03 out. 2019.

TELLECHEA, M.C.P.A. **Ministério Público**, Conselhos Municipais de Saúde e Noções Gerais Sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) Fundação Escola Superior do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, 2ª edição, 6º Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça de Tutela Coletiva, 2010.

TCU. Tribunal de Contas da União – TCU. Relação 8/2011 - 1ª Câmara Relator - Ministro Walton Alencar Rodrigues. ACÓRDÃO Nº 1660/2011 - TCU – 1ª Câmara. Disponível em:

https://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/siacs/acordao_1660-2011.pdf

VENTURA, T. **Democracia e participação**. Inovações democráticas e trajetória participativa no Brasil, Cad. EBAPE.BR, v. 14, nº 3, Artigo 3, Rio de Janeiro, Jul./Set. 2016.

VIEIRA, M. **Modelo de Avaliação da Gestão da Participação Popular em Sistemas Municipais de Saúde(SC)**. 2010. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, 2010, Florianópolis, 2010.

VIEIRA, M.; CALVO, M. C. M. **Avaliação das condições de atuação de Conselhos Municipais de Saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n.12, p. 2315-2326, dez, 2011.

WENDHAUSEN, Á. L. P.; BARBOSA, T. M.; BORBA, M. C. **Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores**. Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 131- 144, set./dez. 2006.

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

APÊNDICE

Impacto Social e Produtos

O retrato dos conselhos municipais de saúde do Estado de Minas Gerais demonstrado por meio deste estudo me levaram a buscar medidas que pudessem atender os interesses da sociedade brasileira.

Na qualidade de presidente em exercício do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, e de maneira a atender as responsabilidades que me cabem, conduzi esta etapa por meio de dois produtos técnicos que respondem à melhoria da qualidade da organização e estrutura dos conselhos municipais de saúde.

O primeiro diz respeito à interlocução com os municípios que não apresentaram seus dados no CADCES. Por meio de um ofício encaminhado aos presidentes dos conselhos dos 11 municípios e aos demais, reiteramos a necessidade de atualização dos dados no sistema de informação e uma reunião com o setor responsável da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES) da página do CADCES para discutir o cadastro, manutenção e atualização da página, para melhorar o acesso aos conselhos municipais de saúde na atualização dos cadastros.

O segundo produto foi a elaboração de um manual contendo informações sobre os principais elementos para a organização dos Conselhos Municipais de Saúde. O Manual foi pensado como uma ferramenta de consulta rápida, com proposições para as adequações urgentes nos Conselhos Municipais de Saúde, e como objeto para potencializar a legitimidade e visibilidade deles. O manual foi publicado no site do Conselho Estadual de Saúde. Além disso, foi encaminhada para todos os conselhos de saúde dos municípios de Minas Gerais, por meio do ofício 13/2021.

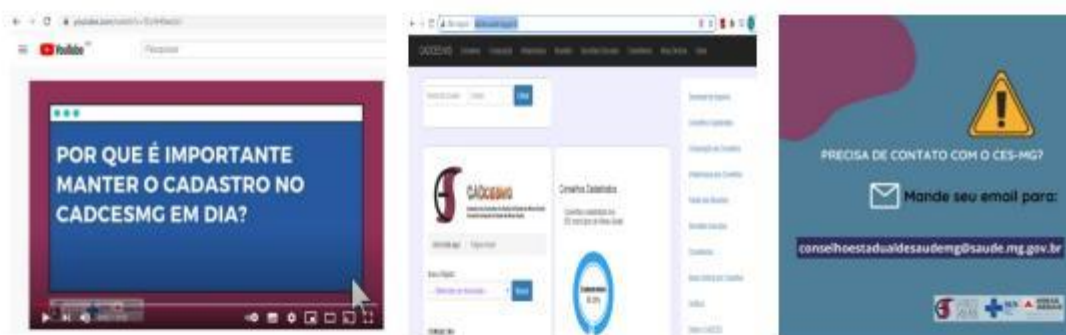
OF.CIRC.11/2021

Belo Horizonte 07 de julho de 2021

1

Assunto: A Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais pede aos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais que mantenha o cadastro em dia no CADCES-MG.


Prezada Mesa Diretora dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais a atualização periódica do cadastro permite que todos os Conselhos Municipais de Saúde, estejam sintonizados e recebam as informações veiculadas em nosso e-mail oficial: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br, orientações disponível também em nossas redes sociais e canal youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=TEcN40edzLI>.

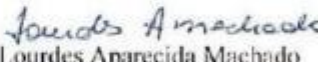


A Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais informa que a atualização periódica do cadastro permite que todos os Conselhos Municipais de Saúde estejam sintonizados em um espaço de colaboração e comunicação.

Página CADCES-MG: <http://cadces.saude.mg.gov.br/>

Atenciosamente


Ederson Alves da Silva
Vice-Presidente do CESMG


Lourdes Aparecida Machado
Secretária Geral do CESMG

À Mesa Diretora dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais.



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

OF. CESMG 416/2021.

Belo Horizonte, 16 de julho de 2021.


Assunto: Convite, a participação da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais em reunião da Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, para discutir o cadastro, manutenção e atualização da página CADCES: <http://cadces.saude.mg.gov.br/>, para melhorar o acesso, a se realizar no dia 21 de julho de 2021 (quarta – feira), horário: 14h às 16h – na plataforma virtual.

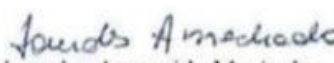
Aguardar o Link de acesso: a ser enviado

A Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais convida o Sr. Hudson e técnicos responsáveis pelo suporte à página do CADCES: <http://cadces.saude.mg.gov.br/>, a participação de reunião da Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, para discutir o cadastro, manutenção e atualização da página CADCES: <http://cadces.saude.mg.gov.br/>, para melhorar o acesso, a se realizar no dia 21 de julho de 2021 (quarta – feira), horário: 14h às 16h – na plataforma virtual.

Solicitamos á gentileza, da confirmação da presença através do e-mail: conselhoestadualdesaudemg@saude.mg.gov.br.

Atenciosamente,


Ederson Alves da Silva
Vice-Presidente do CESMG


Lourdes Aparecida Machado
Secretária Geral do CESMG

Ao Exmo.

Fábio Baccheretti Vitor
Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais
E-mail: gabinete@saude.mg.gov.br Tel.: (31) 3916-0618/0764/0607/0606

C/c: Gian Gabriel Guglielmelli
Assessoria de Parcerias em Saúde SES-MG
E-mail: aspar@saude.mg.gov.br Tel: (31) 3916-0731

C/c Hudson
E-mail: desenvolvimento@saude.mg.gov.br Tel: (31) 3916-0686.



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

OF.CIRC.13/2021

Belo Horizonte 17 de agosto de 2021

Assunto: A Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais encaminha aos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais, o Manual “Conselhos de Saúde Minas Gerais – organização, estrutura e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais”, elaborado pelo Vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, Ederson Alves da Silva.

Prezada Mesa Diretora dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais, encaminhamos para ciência e utilização o Manual “Conselhos de Saúde Minas Gerais – organização, estrutura e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais”, um documento elaborado a partir dos resultados do projeto apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de mestre a ser concedido ao **Vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, Ederson Alves da Silva**, orientado pela Professora Doutora Livia Cozer Montenegro.



A defesa do projeto ocorre no dia 27 de agosto de 2021 (sexta-feira), às 14h, por meio da plataforma “Google Meet”.

Disponível no site do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais neste endereço eletrônico: <http://ces.saude.mg.gov.br/?p=9567>

Atenciosamente,

Ederson Alves da Silva
Ederson Alves da Silva
Vice-Presidente do CESMG

Lourdes Aparecida Machado
Lourdes Aparecida Machado
Secretária Geral do CESMG

À Mesa Diretora dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais.

Publicação no Site oficial do Conselho Estadual de Saúde:



Manual “Conselhos de Saúde Minas Gerais – organização, estrutura e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde”

Publicado em *17 de agosto de 2021*

O Manual “Conselhos de Saúde Minas Gerais – organização, estrutura e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais” é um documento elaborado a partir dos resultados do projeto apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de mestre pelo **vice-presidente do Conselho Estadual de Saúde, Ederson Alves da Silva, orientado pela Professora Doutora Livia Cozer Montenegro.**

Manual para Conselhos de Saúde – Minas Gerais



Sumário

01 Participação Social	03
02 Conselho de Saúde	04
03 Paridade	05
04 Estrutura, dotação orçamentária e Secretaria executiva	06
05 Resoluções	07
06 Mesa diretora	08
07 Capacitação dos Conselheiros de Saúde	09
08 Conferência de Saúde	10
09 Plano Municipal de Saúde	11
10 Programação Anual de Saúde (PAS)	12
11 Relatório de Gestão (RAG)	13
12 CADCES-MG	14
13 Principais Legislações para o Controle Social	15
Referências	16

Participação Social

O movimento sanitário da década de 70 desenvolveu um processo de intensa articulação social, política e partidária, conseguindo que a Constituição Federal de 1988 estabelecesse a saúde como direito do cidadão e dever do Estado e formalizasse legalmente a organização das ações e serviços de saúde em um Sistema Único de Saúde, regido pelas diretrizes da descentralização, da integralidade e da participação da comunidade (Escore e Moreira, 2012).

Na Saúde, as duas formas principais de institucionalizadas de participação social são:

As Conferências de saúde e os Conselhos de Saúde (Brasil, 2013)

Conselhos de Saúde

Os Conselhos de Saúde são garantidos no âmbito municipal, estadual e federal pela lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde, com a seguinte definição:

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 constituído em cada esfera do governo (BRASIL,1990).

De acordo com a Resolução 453 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde traz a seguinte definição:

O Conselho de Saúde é uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde (CNS, 2012).

4

A Paridade

De acordo com a Lei nº 8.142/90 e Resolução nº 453/2012 do CNS, o número de Conselheiros é definido pelos conselhos de saúde, observando a paridade de seguimentos que terá sua composição da seguinte forma:

50% de usuários, 25% de entidades representativas dos trabalhadores da área de saúde e os demais 25% de representação de governo e prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

No que tange as representações a Resolução CNS 453, de maio de 2012, aponta:

A representação nos segmentos deve ser distinta e autônoma em relação aos demais segmentos que compõem o Conselho, por isso, um profissional com cargo de direção ou de confiança na gestão do SUS, ou como prestador de serviços de saúde não pode ser representante dos(as) Usuários(as) ou de Trabalhadores(as); a ocupação de funções na área da saúde que interfiram na autonomia representativa do Conselheiro(a) deve ser avaliada como possível impedimento da representação de Usuário(a) e Trabalhador(a), e, a juízo da entidade, indicativo de substituição do Conselheiro(a); 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 (CNS, 2012).

5

Estrutura, Dotação Orçamentária e Secretaria Executiva

Os governo das três esferas (Municipal, Estadual e Nacional), devem garantir a autonomia administrativa para o pleno funcionamento dos Conselhos de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico.

Segundo (Brasil, 2015) o dinheiro para cobrir os custos para o funcionamento do conselho vem do orçamento do Poder Executivo, ou seja, da prefeitura ou do governo estadual ou do governo federal, por meio das respectivas secretarias de saúde. De qualquer forma, é preciso lembrar que o dinheiro destinado ao conselho de saúde deve ser gerenciado pelo próprio conselho.

Esta é uma questão muito importante para a independência dos conselhos. Assim, os conselhos têm direito de cobrar da administração municipal a disponibilidade de recursos no orçamento para funcionamento do conselho, o qual tem direito de ter dinheiro próprio para custar despesas de funcionamento. Além disso, as decisões sobre o uso do seu orçamento são de autonomia do próprio conselho de saúde (CNS,2012).

Assim, os Conselhos devem funcionar mensalmente, ter ata que registre suas reuniões e infraestrutura que dê suporte ao seu funcionamento (Brasil, 2013).

6

Resoluções

O plenário do conselho tem que tornar públicas suas decisões por meio de documentos, como resoluções, recomendações e propostas.

As resoluções serão homologadas pelo prefeito, governador ou Secretário de Saúde em **30 (trinta) dias** e devem ser divulgadas oficialmente.

Caso os 30 dias se passarem e a resolução não for homologada, ou se o gestor não enviar ao conselho uma justificativa com proposta de mudança ou rejeição a ser apreciada na próxima reunião, o conselho de saúde pode buscar sua validação recorrendo, se necessário, ao Poder Judiciário ou ao Ministério Público (BRASIL, 2015, Diniz, 2017).

7

Mesa Diretora

A composição da mesa diretora deve ser paritária e eleita pelo plenário do conselho, conforme a Lei nº 8.142/90 e a Resolução nº 453/2012 do CNS.

O reconhecimento de uma mesa diretora eleita por seus membros configura atitudes relevantes frente ao processo decisório dos conselhos, uma vez que, é por meio da mesa diretora que se realiza a apreciação inicial e a triagem de assuntos que serão debatidos em plenário, a elaboração de pareceres técnicos e a tomada de decisões administrativas e normativas.

Os atores que constituem a mesa diretora são significativos para viabilizar as ações dos conselhos, pois através deles permite-se controlar o poder de agenda, a pauta de discussão e, portanto, o rumo das reuniões e decisões (MOREIRA e ESCOREL, 2009).

8

Capacitação dos Conselheiros

O Conselho Nacional de Saúde determina ser de **responsabilidade intrasferível dos próprios Conselhos de Saúde a educação permanente** para o controle social no SUS.

Isto é reforçado pela Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 na qual o artigo 44, aponta que no âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (CNS, 2012; BRASIL, 1990; CNS, 2005).

9

Conferência de Saúde

A Conferência de Saúde é o fórum que reúne todos os segmentos representativos da sociedade. Um espaço de debate para avaliar a situação de saúde, propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo, e **subsidiar a elaboração do Plano Nacional de Saúde, Plano Estadual de Saúde ou do Plano Municipal de Saúde** (Brasil, 1990, 2013, 2015).

É convocada pelo conselho de saúde, cabe o mesmo a organização da Conferência, **acontece de 4 em 4 anos**, deve garantir a paridade dos segmentos (Brasil, 1990, 2012, 2013).

10

Plano Municipal de Saúde

O secretário de saúde, deve apresentar ao conselho de saúde o plano de saúde, que é o instrumento que, a partir da análise da situação do município, do estado e do Brasil, apresenta as intenções e os resultados que devem ser buscado no período de quatro anos, e devem ser expressos em objetivos, diretrizes e metas.

Deve ser apresentado aos conselheiros para aprovação de quatro em quatro anos (Brasil, 2013).

11

Programação Anual de Saúde (PAS)

A Programação Anual de Saúde (PAS) é o instrumento que operacionaliza as **intenções expressas no Plano de Saúde** e tem por objetivo apresentar de forma anual as metas do Plano de Saúde, além de prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados (Brasil, 2015).

Os municípios deverão encaminhar a Programação Anual de Saúde ao respectivo Conselho Municipal de Saúde, **para aprovação antes da data de encaminhamento da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)** do exercício correspondente, conforme a Lei Complementar 141/2012.

12

Relatório de Gestão

Este instrumento deve ser apresentado pelo secretário de saúde aos conselheiros de saúde e deve conter os resultados com a execução da Programação Anual da Saúde (PAS).

Cabe ao conselho de saúde analisar, aprovar ou reprovar o referido relatório.

Deve ser apresentado ao conselho de saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira (Brasil, 2013).

Ao analisar o Relatório de Gestão, o conselho de saúde deve verificar se os objetivos previstos no Plano de Saúde foram alcançados e avaliar se as ações desenvolvidas pela Secretaria de Saúde estão beneficiando os cidadãos e melhorando a saúde da população (Brasil, 2015).

O Relatório de Gestão está previsto na Lei Complementar 141, de 2012.

13

CADCES-MG Cadastro dos Conselhos de Saúde do Estado de Minas Gerais

Sistema do Cadastro dos Conselhos de Saúde do Estado de Minas Gerais (CADCESMG) foi desenvolvido pela Assessoria de Gestão em Tecnologia da Informação em parceria entre o Conselho Estadual de Saúde e a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) em 2013.

É um cadastro on-line, único, que **deve ser preenchido por todos os conselhos municipais de Saúde do estado** na tentativa de não somente traçar um diagnóstico completo do controle social em Minas Gerais, mas também contribuir para que os municípios tenham conselhos transparentes, atuantes e participativos.

O CADCES apresenta dados referente a composição dos conselhos, paridade, infraestrutura, Reuniões, Secretaria Executiva, Conselheiros e Mesa diretora.

Site: <http://cadces.saude.mg.gov.br>

14

Principais Legislações PARA O CONTROLE SOCIAL

- 1- A **lei ou decreto de criação** do Conselho Municipal de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Nacional de Saúde.
- 2- **Regimento do Conselho** Municipal de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Nacional de Saúde.
- 3- **Lei nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
- 4- **Lei nº 8J42**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências.
- 5- **Resolução nº 453** de 10 de Maio de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Estabelece as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.
- 6- **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3 do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.
- 7- **Resolução Nº 459**, de 10 de Outubro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre o Modelo Padronizado de Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas para os Estados e Municípios, conforme dispõe o parágrafo 4º do artigo 36 da Lei Complementar nº 141/2012.
- 8- **Decreto Nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

15

Referências

Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e da outras providências.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 453 de 10 de Maio de 2012. Estabelece as diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS/ Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Tribunal de Contas da União. Orientações para conselheiros de saúde. – 2. ed. – Brasília : TCU, Secretaria de Controle Externo da Saúde, 2015.

Diniz, B. F. Curso de qualificação para conselheiras e conselheiros municipais de saúde do Estado de Minas Gerais: Unidades 1, 2, 3 e 4; guia do aluno/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – Belo Horizonte: ESP-MG:CES-MG, 2017

Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):795-805, 2009

ANEXO I - Parecer de aprovação do projeto na Câmara do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
[ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG]
[DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA]

PARECER N° 1/2021
PROCESSO N° 23072.218092/2021-77

ASSUNTO: PARECER DO PROJETO DE PESQUISA: Conselhos de saúde e participação social: organização, estrutura e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais

HISTÓRICO

Em 20 de abril de 2021 recebi da Secretaria do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EEUFMG, para emissão de parecer, o Projeto de Pesquisa intitulado: **"Conselhos de saúde e participação social: organização, estrutura e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais"**.

MÉRITO

Trata-se de estudo transversal que objetiva avaliar os *Conselhos Municipais de Saúde* do Estado de Minas Gerais quanto a organização, funcionamento e estrutura.

A pesquisadora destaca que os Conselhos de Saúde constituem espaços para a participação de representantes da sociedade na formulação, fiscalização e deliberações das polícias públicas de saúde. Contudo, estudos nacionais apontam problemas na organização e no funcionamento dos Conselhos de Saúde, incorrendo em falhas na fiscalização da aplicação dos recursos financeiros na área da saúde, dentre outros problemas. Considerando a escassez de estudos e a relevância da temática, este projeto tem como objetivo analisar a organização, funcionamento e estrutura dos Conselhos Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais.

Quanto ao desenho, trata-se de estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa. Os dados estão disponíveis na plataforma online Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais (CADCESMG) e serão coletados nos meses de maio e junho de 2021.

Inicialmente serão realizadas análises descritivas para apresentar a origem e constituição de cada Conselho Municipal de Saúde, o quantitativo e distribuição dos conselheiros e dos Conselhos Municipais de Saúde por Macrorregião do Estado de Minas Gerais.

Em seguida, será apresentada a proporção de Conselhos Municipais de Saúde que apresenta, conforme a Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, condições adequadas de funcionamento, infraestrutura e organização, categorizadas da seguinte forma:

-Funcionamento adequado: Paridade nas representações, presença de comissões, publicação das

reuniões;

- Infraestrutura adequada: Sede própria, presença de secretaria executiva;
- Organização adequada: Dotação orçamentária anual adequada para o desempenho de suas atribuições; realizações de capacitações.

Salienta-se que o cronograma é exequível (12 meses previstos para execução), prevê a elaboração de artigos científicos e divulgação dos principais resultados em congressos e afins. A pesquisadora submeterá o projeto às agências de fomento para captação orçamentária de 12.420,00 reais.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto prevê a análise de dados secundários e de acesso irrestrito.

CONCLUSÃO

O projeto apresenta relevância científica, está bem contextualizado, problematizado e justificado. A metodologia é apropriada para a sua execução.

Diante de exposto, salvo melhor juízo da câmara departamental, sou favorável à aprovação deste projeto de pesquisa pela Câmara Departamental do EMI/EEUFMG.

Belo Horizonte, 27 de abril de 2021.

TÉRCIA MOREIRA RIBEIRO DA SILVA

Relatora e membro suplente da Câmara Departamental do EMI / EEUFMG



Documento assinado eletronicamente por **Tercia Moreira Ribeiro da Silva, Professora do Magistério Superior**, em 27/04/2021, às 13:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0695563** e o código CRC **E7AE7187**.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA

DECISÃO N° 1/2021/ENFERMAGEM-EMISEC-UFMG

REF: Projeto de Pesquisa - Título: Conselhos de saúde e participação social: organização, estrutura e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais

A Câmara do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (EMI), reunida em 26 de abril de 2021, via plataforma Conferência Web da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa - RNP, **aprovou** o parecer do projeto de pesquisa "Conselhos de saúde e participação social: organização, estrutura e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais," sob coordenação da Profa. Livia Cozer Montenegro.

Belo Horizonte, 27 de abril de 2021.

PROF. ADRIANO MARÇAL PIMENTA
Chefe em exercício

Decano do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (EMI)
Escola de Enfermagem da UFMG



Documento assinado eletronicamente por **Adriano Marçal Pimenta, Professor do Magistério Superior**, em 28/04/2021, às 15:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0695669** e o código CRC **6AF36E03**.

ANEXO II- Atividades/Produções de interesse público realizadas durante o Mestrado Profissional de Gestão de Serviços de Saúde.



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VARGINHA
CMSV

Rua Delfim Moreira, 246, Centro, Varginha – MG
CEP 37002-070, Fone: (35) 3690-2211
Website: www.conselhodesaudevarginha.org



DECLARAÇÃO

O Conselho Municipal de Saúde de Varginha, órgão máximo de deliberação do SUS, no uso de suas atribuições legais, por seu presidente subscritor, declara que **EDERSON ALVES DA SILVA** foi preletor e debatedor na Oitava Conferência Municipal de Saúde de Varginha, no painel referente ao “Financiamento da Saúde”, no período compreendido entre 13h e 17h, no dia 27 de março de 2019.

Varginha, 27 de março de 2019.

CLÁUDIO MIRANDA SOUZA
Presidente – Conselho Municipal de Saúde

SEMUSA
SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



CERTIFICADO

CERTIFICAMOS QUE Ederson Alves da Silva
PARTICIPOU DA IX CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DIVINÓPOLIS,
REALIZADA NO DIA 14 DE ABRIL DE 2019, NA QUALIDADE
DE palustriante.

DIVINÓPOLIS, 14 DE ABRIL DE 2019.

WARLON CARLOS ELIAS
PRESIDENTE DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

VERAMAR CAMILO SOUZA
COORDENADORA DA COMISSÃO ORGANIZADORA



15ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE
**DEMOCRACIA E
SAÚDE**
ABRIL 2019

CERTIFICADO

Certificamos que EDERSON ALVES DA SILVA
participou da 15ª Conferência Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com o tema
Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS,
nos dias 22, 23 e 24 de maio, com carga horária de 23 horas.

Carla Anunciatta de Carvalho
PRESIDENTA DO CMSBH

Jackson Machado Pinto
SECRETÁRIO DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

APOIO:

LABAREDA

FAMINAS-BH

REALIZAÇÃO:

CONSELHO
MUNICIPAL DE
SAÚDE
DE BELO HORIZONTE

SUS

SOMOS
SUS BH

PREFEITURA
BELO HORIZONTE
GOVERNANDO PARA BEM PRECISA



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE



Praça Carlos Gomes, s/n – Centro – CEP.36.300.108

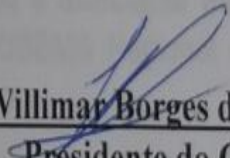
Tel. Fax – 032 3373-4907

São João Del Rei – MG

São João Del Rei, 26 de Abril 2019

Declaração

Declaro para os devidos fins, que Éderson Alves da Silva participou como Palestrante na II Plenária Municipal de Saúde de São João del Rei, no dia 26/04/19, na UFSJ Campus Santo Antônio, com a carga horária de 1 hora.


Willimar Borges de Deus
 Presidente do CMS

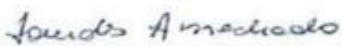



CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

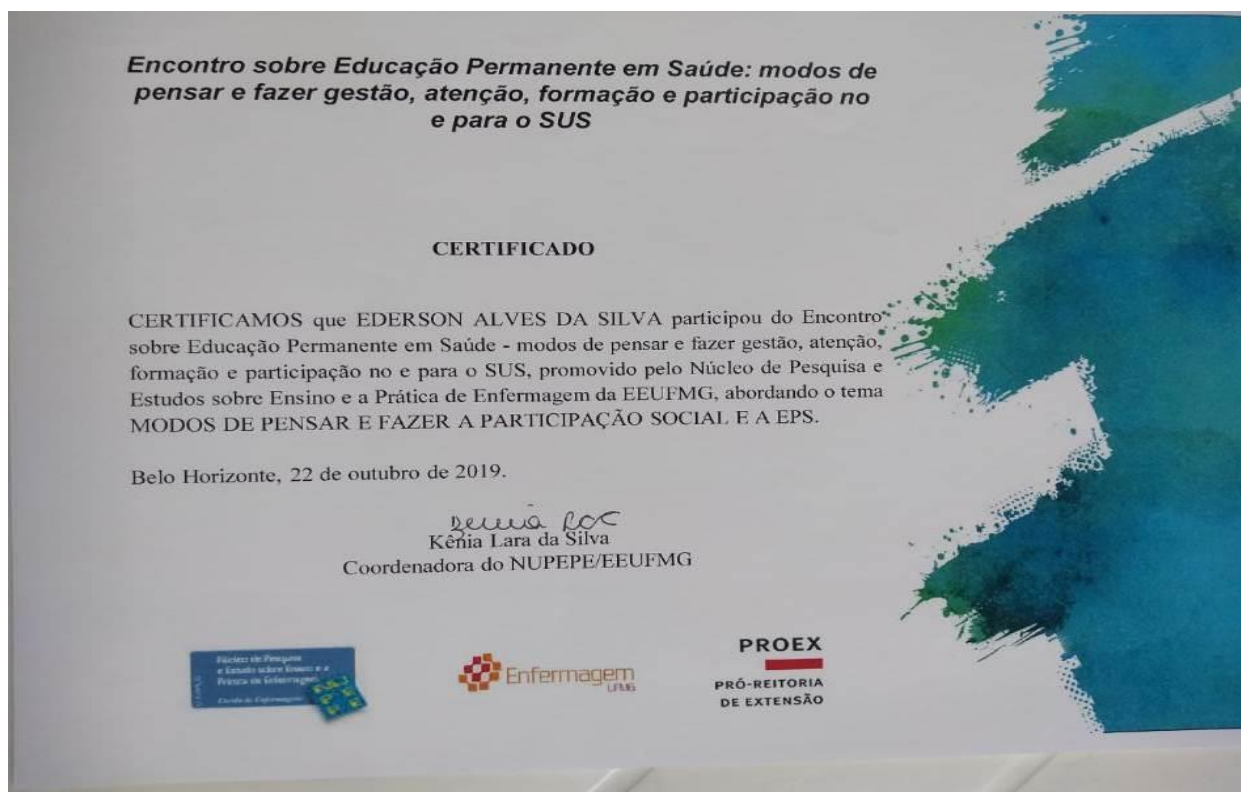
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. Ederson Alves da Silva, foi membro da Comissão Organizadora e Coordenador Geral da 9ª Conferência Estadual de Saúde de Minas Gerais, com o Tema: "Saúde como Direito, Consolidação e Financiamento do SUS" promovida pelo Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, realizada nos dias: 25,26 e 27 de junho de 2019, em Belo Horizonte /Minas Gerais.

Belo Horizonte, 27 de junho de 2019.


Lourdes Aparecida Machado
Secretária Geral do CES-MG


Renato Almeida de Barros
1º Secretário da Mesa do CES-MG







CURSO DE GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
 Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia
 CEP 30.130-100 – Belo Horizonte – MG – Brasil
 Telefax: 3409-9833 email: gestaosaude@enf.ufmg.br

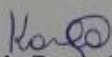


CERTIFICADO

Certificamos para os devidos fins que **Ederson Alves da Silva** participou das Bancas de Avaliação dos trabalhos abaixo listados, apresentados na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do Curso de Gestão de Serviços de Saúde, no dia 09 de outubro de 2019 às 20h40min., nas dependências da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais, sob a orientação das professoras coordenadoras da disciplina.

Alunos	Títulos dos Trabalhos de Conclusão de Curso
Lorena de Andrade Gonçalves	A SAÚDE DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO NO BRASIL: uma revisão de literatura.
Gabriel Vieira Perdigão Maia	Comunicação entre profissionais de saúde em unidades de pronto atendimento.

Belo Horizonte, 09 de outubro de 2019.


Karla Rona da Silva


Keli Bahia Felicissimo Zocratto

Coordenadoras da Disciplina TCC II
 Curso de Gestão de Serviços de Saúde





UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia
CEP.: 30.130-100 – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil
Tel.: 3409-9860 FAX.: 3409-9859 E-mail: demi@enf.ufmg.br

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **EDERSON ALVES DA SILVA** participou do Projeto de Extensão Universitária intitulado: “Oficina de capacitação aos conselheiros de saúde do município de Manhuaçu” desenvolvido no Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais no período de 22/09/2019 até a presente data sob coordenação da Professora Doutora Livia Cozer Montenegro. Suas atividades envolveram reuniões com grupo de pesquisas, revisões bibliográficas, produção de textos, organização de oficinas e apresentação de temas relacionados a participação e controle social na saúde.

Por ser verdade, assino a presente declaração.

Belo Horizonte, 13 de dezembro de 2019.

Prof.ª Livia Cozer Montenegro
Coordenadora do Projeto de Extensão
EMI/EEUFMG




CERTIFICADO

Certificamos que **Ederson Alves da Silva** participou do curso **Atenção Primária no Enfrentamento da COVID-19 - Turma 0120**, promovido pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, na modalidade Educação a Distância, com carga horária total de 30 horas.

Belo Horizonte, 10 de agosto de 2020.



 Lenira de Araújo Maia
 Diretora Geral



Temáticas	Objetivos	Conteúdos	Carga Horária
Módulo 1 Baseando-se na transmissão e a prevenção de novo coronavírus o que cabe a APS?	<ul style="list-style-type: none"> • Otimizar o que é e novo coronavírus, a doença causada por ele e as suas formas de transmissão; • Compreender o cenário epidemiológico da doença; • Compreender as principais medidas de prevenção transmissora da COVID-19, no âmbito da APS. 	Caracterização, transmissão, medidas de prevenção e cenário epidemiológico referentes à COVID-19	8 horas
Módulo 2 Como as equipes de Atenção Primária a Saúde podem se organizar para lidar com os casos suspeitos de COVID-19?	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar a ferramenta utilizada para identificar e avaliar o risco de casos suspeitos de COVID-19 na APS; • Compreender o que precisa ser realizado no UAPS para triagem e acolhimento dos usuários com suspeita de COVID-19; • Abordar como pode ser realizado o acompanhamento dos casos leves na APS; • Refletir sobre as ações de vigilância em saúde no enfrentamento de COVID-19 na APS. 	Reorganização do processo de trabalho na UPAE para manejo dos casos suspeitos de COVID-19. Aproximação do Instrumento Fast Track. Vigilância em saúde no enfrentamento de COVID-19	15 horas
Módulo 3 Como organizar as equipes da APS para a continuidade de cuidado e prevenção durante a pandemia?	<ul style="list-style-type: none"> • A importância de se garantir a continuidade das ações ofertadas pelas equipes da APS durante a pandemia; • Algumas possibilidades de cuidado à saúde de determinados grupos/vulnerabilidades, sob o olhar do atual cenário de pandemia de COVID-19. 	A continuidade de cuidado aos grupos vulneráveis é assegurada pelas equipes de saúde e acompanhamento de grupos específicos.	7 horas
Carga Horária Total			30 horas

Validação: 5f31feef-c38e-4567-9120-4a95c8830976

Para confirmar validade de certificado, use o código logo acima em: <http://ead.esp.mg.gov.br/mod/simplecertificate/verify.php> ou confira pelo celular usando o Código QR ao lado:





FORMAÇÃO


para o controle social no SUS - 2ª edição



Certificado

Certificamos que **Ederson Alves da Silva**, participou do I SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA do Projeto de formação para o Controle Social no SUS - 2ª edição. O Seminário foi promovido pelo Grupo de Pesquisa do Projeto. Realizado de forma virtual, no dia 02 de setembro, conforme programação em anexo. Carga Horária: 7 h.

Passo Fundo, 16 de setembro de 2020.


Henrique Kujawa
Coordenador do Grupo de pesquisa


Valdevir Both
Coordenador executivo do CEAP



FORMAÇÃO

para o controle social no SUS - 2ª edição

PROGRAMAÇÃO I SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA - 02 de setembro de 2020

08:30h: Abertura - Socorro Gross (OPAS/OMS no Brasil), Fernando Pigatto (Conselho Nacional de Saúde -CNS), Elenice Pastore (CEAP) e Sueli Barrios (CIEPCSS)

9:15h Apresentação do acúmulo produzido pelo grupo de pesquisa

09:30h Apresentação dos relatos de experiências formativas para o Controle Social, CUT, CTB, CONTAG, PASTORAL DA SAÚDE, Comissão de EP de Pernambuco, Comissão de EP de Rondônia, Comissão de EP de Minas Gerais, OPAS

11h -12h Plenária de Discussão 1

14:10h Apresentação dos relatos de experiências formativas para o Controle Social, UBM, UNEGRO, ANAIDS, Comissão de EP do Rio Grande do Sul, Comissão de EP de Goiás, MNPR, CONAM, ANEPS, MST

16h 10min Plenária de Discussão 2

17h Encerramento



Certificado de Participação

CERTIFICAMOS QUE

EDERSON ALVES

participou como palestrante no evento on-line sobre O SUS E O CONTROLE SOCIAL, promovido pela DII Brasil no dia 30 de setembro de 2020, às 19h00, com 01h30 de duração.

DII BRASIL ASSOCIACAO
NACIONAL DOS
PORTADORES
DE:31713041000159



Assinado de forma digital por DII
BRASIL ASSOCIACAO NACIONAL
DOS PORTADORES
DE:31713041000159
Dados: 2020.11.25 18:14:15 -03'00'

PATRÍCIA MENDES QUINTILIANO
Presidente da DII Brasil



Convidados

Cynthia Santos Menezes
Ederson Alves



Pauta:

- 1) Breve histórico do SUS;
- 2) A importância do controle social;
- 3) O que são, para que servem e como funcionam os Conselhos de Saúde; e
- 4) Ações simples que as pessoas podem fazer para colaborar com o controle social.



1º Seminário e Encontro de Egressos do
Programa de Pós-Graduação em Gestão de
Serviços de Saúde.



CERTIFICADO

Certificamos que

Ederson Alves da Silva

participou do 1º Seminário e Encontro de Egressos
do PPG em Gestão de Serviços de Saúde,
realizado pelo Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde
da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
nos dias 16 a 18 de Novembro de 2020 com carga horária de 18h.

Prof. Dra. Adriane Vieira
Coordenadora do Colegiado



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **Ederson Alves da Silva** participou como expositor convidado do webinar "Participação Social no SUS - Experiências durante a pandemia da covid-19", ofertado pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, em Belo Horizonte, no dia 03 de dezembro de 2020, com carga horária total de 02 (duas) horas.

Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2020.



Jomara Aparecida Trant de Miranda
Secretária de Gestão Acadêmica
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais – ESP-MG



CERTIFICADO

Certificamos que **Ederson Alves da Silva** participou do evento como palestrante sobre Realização de Conferência Municipal de Saúde, promovido pela Superintendência Regional de Saúde de Manhuaçu, no dia 18 de fevereiro de 2021, com carga horária de 01 hora.

Manhumirim, 18 de Fevereiro de 2021


Juliano Estânislau Lacerda
Superintendente Regional de Saúde de Manhuaçu



CERTIFICADO

Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?code=5119656>



**4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA,
PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE**

O SUS e o projeto civilizatório: cenário, alternativas e propostas

Certificamos que

EDERSON ALVES DA SILVA

participou do "4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde", realizado de 22 a 26 de março de 2021.

26 de março de 2021



Oswaldo Yoshimi Tanaka
Presidente do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde



Guímar Alves da Silva
Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva





Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Betim, 12 de fevereiro de 2021.

Declaro para os devidos fins que Ederson Alves da Silva, participou como convidado voluntário da Roda de Conversa sobre Controle Social no SUS vinculada a disciplina de Internato em Saúde Coletiva, do curso de Medicina, da PUC Minas em Betim. A atividade foi realizada no dia 12/02/2021, de 9:00 às 12:00.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jacqueline do Carmo Reis', is positioned above the printed name.

Profa. Jacqueline do Carmo Reis
Docente do Internato de Saúde Coletiva
Departamento de Medicina
PUC Minas em Betim



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA
DISCIPLINA: TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia
CEP: 30.130-100 – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que Ederson Alves da Silva foi membro da Comissão Examinadora da Defesa de Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Conselhos Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais: um olhar sobre suas estruturas funcionais”, desenvolvido por Laura Letícia Perdigão Guerra, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem. A defesa foi realizada em 15 de março de 2021, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

A Comissão examinadora foi constituída pelos seguintes membros:

Prof^ª. Dr^ª. Livia Cozer Montenegro - Orientadora (EE-UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Fabíola Carvalho de Almeida Lima Baroni - (EE-UFMG)

Prof^ª. Dr^ª. Maria Odete Pereira (EE-UFMG)


Mestrando Ederson Alves da Silva (EE-UFMG)

Belo Horizonte, 23 de março de 2021.

Profa. Dra. Fabíola Carvalho de Almeida Lima Baroni
Coordenadora da Disciplina Trabalho de Conclusão de Curso
Escola de Enfermagem da UFMG



Atesta que **EDERSON ALVES DA SILVA** participou da **OFICINA INTRODUTÓRIA EM MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE** em **formato virtual**, com carga horária total de dezesseis horas, oferecida pelo Ministério da Saúde a partir da Cooperação Técnica com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, em 08, 15, 22 e 29 de abril de 2021 no estado de Minas Gerais.


 Mariluce Karla Bomfim de Souza
 Coordenadora do Curso


 Isabela Cardoso de Matos Pinto
 Diretora ISC/UFBA



Acesse <https://notify.com.br/validar-certificado> para verificar se este certificado é válido. Código de validação: 5FUT112*1



Universidade Federal de São João del-Rei

CERTIFICADO



Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários

EDERSON ALVES DA SILVA

participou, como ouvinte, do **II Seminário de Educação Permanente em Saúde - Formando Núcleos de Educação Permanente**, vinculado ao Programa de Extensão "ABRASUS ABRASUAS - Gestos e Afetos" da Universidade Federal de São João del-Rei - UFSJ, com carga horária total de 4 horas.

São João del-Rei, 23 de abril de 2021

Realização:





Rosa Gouvêa de Sousa
 Coordenadora do Programa de Extensão "ABRASUS ABRASUAS - Gestos e Afetos"
 Universidade Federal de São João del-Rei

Apoio:




UNIDADE
DIVINÓPOLIS



Coordenações Integradas de Extensão
Pesquisa e Pós-Graduação

DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins, que **Ederson Alves da Silva** participou como ouvinte do “**1º Seminário de Gestão em Saúde**”, realizado entre os dias 17 e 21 de maio de 2021, pelo curso de Especialização em Gestão em Saúde (EaD), promovido pela Universidade Aberta do Brasil (UAB) e pela Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG Unidade Divinópolis.

Carga-horária: 10h

Por ser verdade, firmamos a presente.

Divinópolis, 8 de junho de 2021.

André Amorim Martins
Coordenação do curso de Especialização
em Gestão em Saúde - EaD



UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE MINAS GERAIS



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



Certificamos que

Ederson Alves da Silva

Participou da Formação de Atores Multiplicadores para Atuação do Controle Social em Saúde da Trabalhadora e do Trabalhador, ofertada pelo DIESAT, no período de 15 a 17 de junho de 2021, com duração de 10 horas.

Eduardo Bordeiro da Silva
Coordenador Técnico do DIESAT
Coordenador do Projeto

Ruth Galherne
Coord. Adjunta da CISTT
Nacional/CNS/ASBRAN

Julia Diestrezi Scabib
Coordenador Adjunto da CISTT
Nacional





COSEMS Regional Sete Lagoas

Declaração

O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) Regional de Sete Lagoas, através de seu representante, declara para fins de confirmação de presença que o Senhor Ederson Alves participou do Webnário da Saúde, na qualidade de palestrante atendendo convite deste Conselho.


Data: 06/07/2021


Hora: 14horas

Duração: 02 horas

Tema: Conferência Municipal de Saúde em tempo de pandemia.

Sete Lagoas, 06 de julho 2021




Flávio Silveira Pimenta
Presidente do COSEMS Regional Sete Lagoas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM MATERNO INFANTIL E SAÚDE PÚBLICA
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia
CEP.: 30.130-100 – Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil
Tel.: 3409-9860 FAX.: 3409-9859 E-mail: demi@enf.ufmg.br

Belo Horizonte, 08 de julho de 2021.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que **Ederson Alves da Silva** participou do Seminário diálogos na Atenção Primária à Saúde no curso de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, na qualidade de **palestrante** de Webinar com o tema: "Participação e Controle Social". O seminário foi realizado no dia 08 de julho de 2021, com carga horária compatível com 04 horas/aula. Por ser verdade assino,

Profa. Dra. Lívia Cozer Montenegro
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública