

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA-FCE  
CURSO DE SAÚDE COLETIVA**

**NATHÁLIA PEREIRA DA SILVA**

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE:  
UM OLHAR SOBRE A ATUAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE DA  
CEILÂNDIA**

**CEILÂNDIA, DF  
2015**

NATHÁLIA PEREIRA DA SILVA

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE:  
UM OLHAR SOBRE A ATUAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE DA  
CEILÂNDIA**

Trabalho de conclusão de curso, apresentado a Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília/UnB, como parte das exigências para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: JOSE ITURRI DE LA MATA

CEILÂNDIA, DF  
2015

NATHALIA PEREIRA DA SILVA

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE:  
UM OLHAR SOBRE A ATUAÇÃO DO CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE DA  
CEILÂNDIA**

Trabalho de conclusão do curso, apresentado a Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília/UnB, como parte das exigências para a obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva.

Comissão Examinadora:

---

Prof. Dr. Jose Iturri de La Mata  
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia  
Orientador

---

Prof(a).Dra. Mariana Sodario Cruz  
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia  
Avaliadora

---

Prof. Dr. Sérgio Schierholt  
Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia  
Avaliador

*Em memória de minha amada mãe, por seu  
apoio e cuidado. Fonte de incentivo e  
inspiração.*

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha vida e minha saúde, aos meus pais por me ensinarem a importância da educação e como o conhecimento pode mudar nossas vidas.

Agradeço também aos meus professores e colegas da faculdade por me proporcionarem conhecimentos e vivências que carregarei para toda a vida. Em especial agradeço ao professor Iturri pelo apoio e orientação, a professora Mariana Sodario pela atenção e oportunidade de conviver, trabalhar e aprender em seu projeto de extensão: Formação dos conselheiros de saúde, o qual foi imprescindível para a escolha do tema desse trabalho, agradeço ao professor Sergio por ter feito parte de uma fase importante na minha graduação, aonde através dele e suas aulas foi despertado o interesse pela área de estudo sobre controle e participação social. E por ambos, por aceitarem participar da banca de avaliação desse trabalho.

Agradeço ao Conselho regional de saúde da Ceilândia por terem acolhido a minha pesquisa e por terem me ensinado a importância da participação e controle social em saúde, e me inspirarem todos os dias a lutar por um sistema de saúde melhor pra todos nós, agradeço em especial a Luana e Thaís por todo apoio, contribuição e paciência durante a elaboração dessa pesquisa.

Por fim agradeço a todos meus amigos que contribuíram de alguma forma com esse trabalho, em especial, Sâmara, Victor e Augusto por sempre estarem ao meu lado.

*Não preciso ser negro para lutar contra o racismo.*

*Não preciso ser mulher para lutar contra o machismo mortal de todos os dias.*

*Não preciso ser criança para lutar contra a pedofilia e a violência sexual, mas preciso  
reaprender minha infância para brincar de novo.*

*Não preciso ler a bíblia, o corão ou o torá para saber o que é certo ou errado.*

*Não preciso ter sido expulso do campo para lutar pela reforma agrária e apoiar  
incondicionalmente o MST.*

*Não preciso morar numa favela à beira de um rio morto para lutar por moradia digna.*

*Não preciso ficar doente para lutar por saúde digna.*

*Não preciso ser igual para lutar por aqueles que são diferentes.*

*Não preciso estar morto para defender a vida.*

*Não preciso ser gay para lutar pelo povo LGTB.*

*Preciso, apenas, da minha lucidez alucinada.*

*Deito com minha loucura serenada pelo cansaço de quem tenta, e tenta e não desiste.*

*Sempre vale a pena.*

*Meus filhos e netos precisam disso.*

*É o que posso.*

*É o que tenho.*

*É o que dou.*

*(Poema das necessidades – Paulo Cequinell)*

## **Resumo**

Os conselhos de saúde são órgãos presentes na formulação de políticas públicas e mecanismos de participação da sociedade nas decisões do Estado, dentro dessas instâncias se faz presente a mobilização social em defesa do SUS. Os conselhos são responsáveis por fiscalizar, monitorar, avaliar e formular ações voltadas para a saúde da comunidade. Dessa forma entendendo a importância desses órgãos para a participação e o controle social em saúde a seguinte pesquisa teve por objetivo geral analisar a atuação do conselho regional de saúde da Ceilândia a partir da análise das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho no período de 2010 a 2011. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de análise documental com dados quantitativos e qualitativos. Primeiramente fizemos uma revisão no aparato legal que incluem além das leis 8080/90 e 8142/90, a lei orgânica do Distrito Federal, resolução n ° 390 de 2012, e o regimento interno do conselho regional de saúde da Ceilândia para usar como subsídio para a análise da atuação do CRSC. No segundo momento do trabalho realizamos a análise das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho regional de saúde da Ceilândia, categorizamos as pautas discutidas, vimos quais assuntos eram mais recorrentes e observamos quais foram os encaminhamentos e se foram efetivados. As pautas das atas foram divididas em categorias, para o estudo. Com a análise observamos que a atuação do CRSC, tem grande influência interna do segmento gestor, fazendo com que a maioria de suas proposições e decisões partisse desse segmento, é um conselho que a grande maioria das discussões giram em torno da fiscalização, controle e avaliação e formulações de estratégias, buscam e valorizam a capacitação dos conselheiros. Tiveram poucos encaminhamentos, demonstrando mais uma vez confiança no segmento gestor, evitando formalização e burocratização. Entendemos que a atuação do conselho em estudo está ligada à sua relação com CSDF, influenciando no tipo de assuntos discutidos, nas ações e decisões tomadas, quais os encaminhamentos entre outros.

Palavras-Chaves: Conselho Regional de Saúde da Ceilândia, análise, atuação, atas.

## **ABSTRACT**

Health councils are bodies in the formulation of public policies and mechanisms for civil society participation in state decisions, in these instances is present social mobilization in defense of the SUS. The councils are responsible for overseeing, monitoring, evaluating and formulating actions to community health. Thus understanding the importance of these bodies for participation and social control in health the following research had as main objective to analyze the performance of the regional health board of Ceilândia from the analysis of the minutes of regular and special meetings of the board in the 2010 period to 2011. It is a descriptive research, document analysis with quantitative and qualitative data. First we review the legal apparatus including beyond the laws 8080/90 and 8142/90, the Organic Law of the Federal District, Resolution No. 390 of 2012, and the internal rules of the regional health board of Ceilândia for use as a subsidy to Analysis of the CRSC's performance. In the second phase of the work we performed the analysis of the minutes of regular and special meetings of the regional council of health Ceilândia, we categorize those discussed guidelines, we saw what issues were most frequent and observe what were the forwards and were hired. The guidelines of the minutes were divided into categories for the study. With the analysis we found that CSC is active in its administrative region, has great internal influence manager segment, making the most of their proposals and decisions depart this segment, is advice that most of the discussions revolve around surveillance , control and evaluation strategies and formulations, seeking and valuing the training of counselors. They had fewer referrals, once again demonstrating confidence in the manager segment, avoiding formalization and bureaucratization. We understand that the council's performance in this study on their relationship with CSDF, influencing the type of issues discussed, the actions and decisions taken, which referrals among others.

**Key Words:** Regional Health Council of Ceilândia, analysis, actions, proceedings.



## **Lista de abreviaturas e siglas**

HRC - Hospital Regional da Ceilândia

CRCS - Conselho Regional da Ceilândia

CNS - Conferencia nacional de saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

LOS - Lei Orgânica de saúde

ONU - Organização mundial das nações unidas

CAPS - Caixas de aposentadorias e pensões

IAPS - Institutos de aposentadoria e pensões

IAPAS- Instituto de Administração da Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

ABRASCO - Associação brasileira de saúde coletiva

MS - Ministério da Saúde

FSEP - Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

CNRS - Comissão nacional de reforma sanitária

GT PID – Grupo de trabalho do programa de inclusão digital

SEGEP - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

PDPAS – Programa de Descentralização Progressiva das Ações de Saúde

CSDF - Conselho de saúde do Distrito Federal

PARTICIPASUS - Política de gestão estratégica e participativa no SUS

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UBS - Unidade Básica de saúde

## **Lista de gráficos**

Gráfico 1- Categorias dos assuntos abordados no CRSC no período de 2010 à 2011 .....	39
--	----

## **Lista de tabelas**

Tabela 1- Reuniões do Conselho regional de saúde da Ceilândia .....	38
Tabela 2- Assuntos reincidentes e encaminhamentos de 2010 à 2011 .....	48

## Sumário

<b>1.Introdução</b> .....	13
<b>3. Objetivo geral</b> .....	15
3.1 Objetivos específicos .....	15
<b>2. Referencial Teórico</b> .....	15
2.1 Reforma Sanitária .....	15
2.2 Participação e Controle Social .....	21
2.3 Conferências de Saúde .....	27
2.4 Conselhos de saúde .....	31
<b>4. Metodologia</b> .....	34
4.1 Tipo de estudo .....	34
4.2 Área do estudo .....	36
4.3 Objetos do estudo .....	36
4.5 Análise dos dados .....	36
4.6 Aspectos éticos .....	37
<b>5. Resultados e discussão</b> .....	38
<b>6. Considerações Finais</b> .....	50
<b>7. Referências Bibliográficas</b> .....	53
<b>Apêndice A-</b> Categorias e subcategorias dos assuntos extraídos das atas de 2010 à 2011 ...	57
<b>Anexo A-</b> Autorização para pesquisa .....	63

## 1. Introdução

A garantia de direitos, no Brasil e em outros países, é resultado de grandes processos de construção em que diferentes atores sociais colocam na arena política seus interesses e suas necessidades, frequentemente diferentes e conflitantes. Esse processo ocorre em relação a interesses e necessidades de diferentes naturezas, que compõem âmbitos de exercício de cidadania. Participar do processo decisório e exercer controle sobre a implementação de políticas públicas são meios fundamentais para alcançar a realização de direitos civis, políticos e sociais. A Constituição de 88 é um avanço em termos de reconhecimento de direitos sociais no Brasil. Estabelece no artigo 6º “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a assistência aos desamparados”. Desde sua promulgação o acesso a esses direitos foi ampliado. Mas também é clara a necessidade de muita luta para que efetivamente se tornem realidade. (BRASIL, 2009).

A reforma sanitária teve como um dos resultados o sistema único de saúde. O movimento surgiu da inquietação de parte da população sobre o seu quadro dramático. Surgiu no combate a ditadura, pela saúde e democracia. As primeiras movimentações datam no início da década de 60, quando foi abortado pelo golpe militar de 64, ganhando força a partir do fim da década de 70 e princípio dos anos 80 e se mantém mobilizado até os dias de hoje. Desde o início a reforma pautou sua ação pelo questionamento do quadro de iniquidades e se estruturou nas universidades, no movimento sindical, no movimento popular e em experiências regionais de organização. A reforma é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo do saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional emergindo como parte a luta pela democracia, tendo alcançado a garantia constitucional do direito universal a saúde e a construção institucional do SUS.

Segundo Souza e Silva (2012) como marco do movimento sanitário tivemos a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, teve a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propondo um modelo de proteção social e garantia do direito à saúde. Representados pelos movimentos sociais, os usuários colocaram em

pauta suas necessidades, principalmente no setor saúde. O resultado foi a inserção do direito a saúde na constituição de 1988 (CF/88), a saúde passou a ser direito de todos os brasileiros, sendo então criado o Sistema Único de Saúde (SUS), mais tarde foi regulamentado pela lei orgânica de saúde nº 8.080/90. Devido aos vetos de alguns de seus artigos, foi necessária a criação da lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que trata da participação e controle social da comunidade saúde, é responsável pela criação das conferências e dos conselhos de saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, permitindo a participação efetiva dos cidadãos no âmbito da saúde.

A participação e o controle social foram institucionalizados na saúde com as conferências e conselhos de saúde. Segundo Souza e Silva (2012, p.216) “Os conselhos são novos espaços de exercício da cidadania por meio do poder político, permitindo que a sociedade civil atue junto ao Estado nas decisões, graças à cultura da política democrática”. A população tem a oportunidade de discutir as políticas de saúde a serem executadas pelos gestores através dos conselhos e conferências de saúde, onde estarão presentes diversos segmentos da sociedade.

As conferências são espaços públicos onde se discutem as diretrizes que devem auxiliar a estruturação e condução do SUS, sendo que nelas o princípio da participação da população assume explicitamente um caráter decisório acerca da configuração do sistema (GUIZARD et al., 2004).

As conferências de saúde acontecem a cada quatro anos e contam com a representação de vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. São convocadas pelo poder executivo e extraordinariamente pelo conselho de saúde. É colegiado e tem caráter permanente, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais da saúde e usuários, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, as decisões são homologadas pelo chefe do poder legalmente instituído em cada esfera do governo (BRASIL, 1990).

Ainda quanto aos conselhos de saúde, devido ao processo de descentralização estes deveriam estar organizados de menor a maior complexidade estrutural em: Conselhos Locais de Saúde, Conselhos Distritais de Saúde, Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos

Regionais de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde, Conselhos Interestaduais de Saúde e Conselho Nacional de Saúde, órgão máximo do Controle Social; no entanto nem todas essas instâncias estão legitimadas. Neste trabalho abordaremos somente os Conselhos Regionais de Saúde (QUEVEDO; HECK; BELLETTI; BARBOSA, 2011).

### **3. Objetivo geral**

Analisar a atuação do Conselho Regional de Saúde da Ceilândia no período de 2010 a 2011.

#### **3.1 Objetivos específicos**

- Identificar o arcabouço legal que institui e regulamenta o CRSC;
- Categorizar os assuntos das deliberações do conselho;
- Verificar quais assuntos foram mais recorrentes;
- Identificar os respectivos encaminhamentos.

## **2. Referencial Teórico**

### **2.1 Reforma Sanitária**

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, com a aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU). O ministério da saúde (MS) com o auxílio dos estados e municípios, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), desenvolvia em grande maioria ações de promoção e prevenção da saúde, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. As ações eram desenvolvidas com caráter universal, sem nenhum tipo de discriminação com relação à população beneficiária. Na área de assistência à saúde, o MS atuava apenas por meio

de alguns poucos hospitais nas áreas de psiquiatria e tuberculose, além da ação da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) em algumas regiões específicas, principalmente o interior do Norte e Nordeste (SOUZA, 2002).

Essa ação, segundo Souza, também chamada de assistência médico-hospitalar era dada à parcela da população definida como indigente, por alguns estados e municípios e, espacialmente, por instituições filantrópicas. As pessoas não tinham nenhum direito e a assistência que recebiam era na condição de uma caridade. A atuação do poder público nessa área se dava através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que depois passou a ser denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

A medicina previdenciária instituiu um sistema corporativista que prestava assistência médica aos trabalhadores por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), fundadas em 1923, e depois, em 1933, foram substituídas, progressivamente, pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAPS) de diferentes categorias profissionais organizadas como bancários, comerciários, industriários, dentre outros, que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, promovendo a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (OLIVEIRA, 2009; SOUZA, 2002).

Nesse período o INAMPS passa a dar aos trabalhadores rurais, até então precariamente assistidos por hospitais conveniados com o FUNRURAL, um tratamento equivalente àquele prestado aos trabalhadores urbanos. Mesmo com a crise que já se abatia sobre o INAMPS, essa medida significou uma grande melhoria nas condições de acesso dessa população aos serviços de saúde, principalmente na área hospitalar.

No final da década de 80, o INAMPS adotou uma série de medidas que o aproximaram ainda mais de uma cobertura universal, dentre as quais se destaca o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e



conveniados da rede pública. Esse processo alcançou a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), por meio da celebração de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais.

Ainda nesse período durante o processo de redemocratização do país, a sociedade civil promoveu intenso debate sobre a saúde. O impulso para a realização dessa discussão foi dado pelo movimento sanitário que surgiu no final da década de 1970, e tinha como referência os princípios da reforma sanitária italiana. Intelectuais das universidades e profissionais da área da saúde foram os sujeitos que primeiro defenderam um projeto que valorizasse um sistema público. Em comum esse grupo acreditava que saúde, pelo seu conceito ampliado significava melhoras nas condições de vida e trabalho. Havia a intenção de mobilizar a população para discutir e participar da elaboração de uma política de saúde que fosse base para uma mudança na sociedade. Outros segmentos foram incorporados a luta como movimentos populares de saúde, sindical, feminista, as comunidades eclesiais de base e parlamentares, que buscava naquele momento fazer frente ao Estado ditatorial instalado em 1964 e produzir mudanças na sociedade brasileira (BRAVO; MARQUES, 2013; SILVA, 2011).

A reforma sanitária no Brasil é a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional. Faz parte da luta pela democracia, a reforma sanitária ultrapassa três décadas, tendo alcançado o direito universal à saúde e a construção institucional do Sistema Único de Saúde (FLEURY, 2009).

De acordo com Lobato a reforma sanitária foi o processo de mudanças na estrutura do poder, no aparato institucional, no acesso e práticas de saúde. Seu caráter foi nitidamente contra-hegemônico. Teve como bases:

(1) a democratização do poder e do estado, (2) a universalização do acesso a saúde como direito e como responsabilidade estatal, (3) a construção do aparato institucional e organizacional democrático, descentralizado e com autoridade única, responsável pela consolidação dos preceitos anteriores (LOBATO, 2009, p.7).

A partir desse momento começava a se elaborar a proposta da Reforma Sanitária, enfatizando a unificação dos serviços, a participação dos usuários, a ampliação do acesso e a qualidade da atenção. Reconheciam-se entre os obstáculos para a sua consecução as atividades lucrativas ligadas à saúde, entre as quais as empresas e cooperativas, as indústrias farmacêuticas e alimentícias, bem como as vinculadas aos equipamentos hospitalares e instrumentos médicos (CÔRTEZ, 2009).

No final da década de 80, o setor público de assistência à saúde mantinha uma estreita relação com o INAMPS, que a partir de 1990 passou a integrar a estrutura do Ministério da Saúde e que já vinha, nos anos anteriores, participando de modo significativo do seu financiamento. Considerando-se essa relação e a continuidade da participação do Ministério da Previdência no financiamento do INAMPS, este foi inicialmente preservado e se constituiu no instrumento para assegurar a continuidade, agora em caráter universal, da assistência médico-hospitalar a ser prestada à população. O INAMPS somente foi extinto pela Lei n° 8.689, de 27 de julho de 1993, portanto quase três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS. Porém, a manutenção do INAMPS e de sua lógica de financiamento não evitou que, a partir de maio de 1993 e, portanto, pouco antes da sua extinção (em 27 de julho de 1993), o Ministério da Previdência Social deixasse de repassar para o Ministério da Saúde recursos da previdência social criando uma enorme defasagem entre a nova responsabilidade constitucional e a disponibilidade orçamentária (SOUZA, 2002).

Dessa forma com vários desafios e tensões, foi instituído o SUS, como parte da reforma sanitária. Para Lobato (2009) e outros atores políticos, em geral a reforma sanitária é um processo em curso, que continua em construção. A implantação do SUS foi o primeiro passo, hoje devemos lutar pela sua consolidação.

Para Bravo e Marques (2013) o processo em curso da reforma sanitária hoje, sofre com atual cenário político brasileiro, isso porque a partir dos anos 1990 temos o fortalecimento da ideologia neoliberal resultando em alguns retrocessos para as conquistas populares dos anos 1980. Apesar dos instrumentos legais que orientam o SUS, a sua realidade é muito diferente do que foi institucionalizado.

A conferência sobre atenção primária, realizada em Alma-Ata, 1978 foi um ponto importante na discussão contra a elitização da prática médica, bem como o pouco acesso da

saúde a população. Na conferência reafirmou-se a saúde como direito fundamental das pessoas (BRASIL, 2007).

Para Sergio Arouca a reforma sanitária brasileira foi uma reforma social com diversas dimensões. Podendo ser analisada a partir de momentos distintos: ideia, proposta, projeto, movimento e processo (PAIM, 2008; apud AROUCA, 1988).

O momento ideia pode ser demarcado pela tese “O dilema preventista” defendido em 1975, pela criação do Cebes, 1976 e da Abrasco em 1979. Que é expresso por uma percepção, pensamento ou reflexão inicial. O momento da proposta, segundo Paim, envolve um conjunto de princípios e proposições políticas difundidas no I Simpósio de política nacional de saúde da Câmara dos deputados. No momento projeto temos o planejamento e a realização da 8ª conferência nacional de saúde, configurando um conjunto de políticas articuladas. O momento ‘movimento’ corresponde a um conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais empreendidas no movimento sanitário. Por último o ‘processo’ é um conjunto de atos em diferentes tempos e espaços que se realizam práticas sociais tais como os sistemas unificados e descentralizados de saúde (SUDS), comissão nacional de reforma sanitária (CNRS), A constituição de 1988, e assim por diante (PAIM, 2008).

O movimento sanitário estimulou a articulação de movimentos sociais em saúde e sua atuação com o parlamento. Desse modo o Cebes e a Abrasco constituíram-se como centros intelectuais coletivos, espaços de militância e de formulação, especialmente mediante a publicação da revista Saúde em debate. Em termos gramscianos, exerceram uma contra-hegemonia política e cultural ancorada na questão democrática da saúde. Atuaram na defesa do direito a saúde, enfatizaram os determinantes sociais do processo saúde-doença e desenvolveram a ‘ideia’ e a ‘proposta’ da reforma sanitária desde o terceiro número da revista saúde em debate, em 1977 (PAIM, 2008, p.95).

A Reforma e revolução constituem fenômenos históricos relativos à mudança social. Existem quatro tipos de práxis e, conseqüentemente, diferentes possibilidades de mudanças na sociedade, são elas: A reforma parcial, a reforma geral, os movimentos políticos revolucionários e a revolução social total. A reforma parcial é um conjunto de atividades que se propõe a transformação de setores particulares, instituições ou relações da sociedade. A reforma geral propõe a transformação de toda a sociedade mediante reformas parciais. Os movimentos políticos revolucionários visam à transformação radical de toda a sociedade com a conquista do poder político, e a revolução total supõe a revolução do modo de vida, nesse

caso, as bases do movimento se alargam, envolvendo estratos cada vez mais amplos da população, com uma transformação da vida cotidiana das pessoas. Ainda que o Cristianismo e o Renascimento, em certos países, possam ser mencionados como exemplos desse tipo de práxis. A partir da tese de que a Reforma Sanitária representa um projeto de reforma social, a hipótese geral da investigação sustenta que ela foi concebida como reforma geral, tendo como horizonte utópico a revolução do modo de vida, ainda que parte do movimento que a formulou e a engendrou tivesse como perspectiva apenas uma reforma parcial, sendo este, possivelmente, o seu desfecho (HELLER, 1986 apud PAIM, 2007).

A crise no setor saúde no Brasil persistia na década de 80 de modo que o movimento sanitário que surgiu na sociedade não se limitou a elaborar propostas racionalizadoras. Ao contrário, inspirado na questão da radicalização da democracia, apresentava uma totalidade de mudanças que passava pela democratização da sociedade, do Estado, dos seus aparelhos, burocracias e práticas, implicando na reorganização dos serviços de saúde. Considerando as dimensões econômicas, políticas e culturais (PAIM, 2001).

Nesse sentido, a Constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde, assegurando em seu texto os princípios da universalidade, integralidade, equidade, gestão descentralizada e a participação da comunidade, atendendo em grande parte as proposições defendidas pelo Movimento Sanitário.

A Reforma Sanitária brasileira se materializou através do artigo 196, seção que trata da saúde na Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde: a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que “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.” As duas leis mencionadas compõem o conjunto da LOS – Lei Orgânica da Saúde (MENDES, 2001 apud OLIVEIRA 2009).

## **2.2 Participação e Controle Social**

Participar do processo decisório e exercer controle sobre a implementação de políticas públicas, são meios fundamentais para alcançar a realização de direitos sociais. São os

sujeitos coletivos, os movimentos, ou organizações que congregam o conjunto de pessoas de um grupo com interesses semelhantes a atuarem em defesa de seus ideais. Essas organizações designam os representantes do grupo em foros de participação social. A capacidade desses representantes de atuar com efetividade depende de quanto o grupo os reconheça e lhes confira o apoio e a sustentação política necessária para enfrentar os embates, isto é, do quanto sejam portadores de representatividade e de legitimidade. São essas qualidades que conferem poder às pessoas que participam. Em sua ausência, abrem-se condições para processos de cooptação e para a fragilidade nas negociações quando se explicitam os conflitos de interesse. Essa participação qualificada permite romper com a lógica de ação do Estado orientada por interesses particulares de grupos hegemônicos e assegurar o interesse da coletividade (BRASIL, 2009).

Para transformar a realidade em que vivemos e melhorar nossas condições de vida, é fundamental a participação da população, nesse sentido, a mobilização social tem um papel importante, pois é um instrumento para “convocar vontades” e aglutinar cidadãos para atuarem na realidade onde vivem, e ocorre quando um grupo de pessoas, comunidade ou sociedade decide e age a partir de objetivos comuns, assumindo o desenvolvimento de “projetos mobilizadores” participativos, cujos resultados são decididos e compartilhados por todos. (TORO; WERNECK, 1996).

Após um longo período no qual a população brasileira viveu sob um estado ditatorial, com a centralização das decisões, o tecnicismo e o autoritarismo, durante a década de 1980 ocorreu uma abertura democrática através da reforma sanitária, que reconhece a necessidade de revisão do modelo de saúde vigente na época, com propostas discutidas em ampliar a participação popular nas decisões e descentralizar a gestão pública em saúde, com vistas a aproximar as decisões do Estado ao cotidiano dos cidadãos brasileiros (DALLARI, 2000; SCHNEIDER et. al., 2009; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007, apud ROLIM, 2013).

Segundo Silva e Souza (2013) “A palavra participação está vinculada ao sentido de “ter parte”, “tomar parte” ou “fazer parte” de algum grupo ou associação”. Porém apesar dos termos serem semelhantes existe diferenças. Muitas pessoas podem fazer parte de grupos, mas não participarem das tomadas de decisões. É fundamental entender não o quanto uma pessoa participa, mas sim como ela participa.

A participação da sociedade civil brasileira no setor de saúde começa efetivamente no final da década de 1970 com a intenção de democratização da saúde e apoiada também pelo movimento de redemocratização do País, na ocasião sob o regime autoritário da ditadura militar.

Há três tipos de participação: a comunitária, popular e cidadã. Usando como critério a temporalidade e o modo, a ação e o comportamento da sociedade frente às políticas sociais no campo da saúde. O primeiro tipo de participação está relacionado à complementação das políticas de saúde propostas pelo Estado, ou seja, a sociedade participa apenas para autorizar as políticas. A segunda diz respeito à reação dos movimentos sociais à política estatal no campo da saúde, isto é, representa a crítica e a radicalização política da população diante do sistema dominante. Por fim, a terceira compreende a luta da sociedade para assegurar o que se compreende hoje como controle social (CARVALHO, 1995 apud SILVA, 2013, p.2).

A participação comunitária surgiu no século XX ligada aos movimentos comunitários norte americanos que procuravam respostas para as condições sanitárias e de pobreza através da Medicina Comunitária. Esta proposta influenciou de modo significativo o Brasil, devido principalmente a dois fatores: a desigualdade social e o alto índice de pobreza além das grandes desigualdades sociais. A medicina comunitária buscou a extensão da cobertura de assistência médica e experiências inovadoras como valorização do trabalho comunitário, estímulo à formação organizada e autônoma da população (SILVA; SILVA; SOUZA, 2013).

Apesar de uma apropriação e ressignificação dos preceitos da Medicina Comunitária, que já preconizava a regionalização, a hierarquização, a descentralização e participação, ocorre no Brasil uma crítica contundente de cunho reformista do sistema de saúde vigente e que, segundo Carvalho, consistia, entre outras, em práticas que variavam desde a transferência burocrática de informações sanitárias até pretensiosas provocações contra o monopólio do saber médico, num contexto de propostas de criação do trabalhador coletivo de saúde, propondo-se ações multidisciplinares, desencadeando um novo modelo de participação denominado participação popular. (SILVA; SILVA; SOUZA, 2013, p.2)

Segundo Silva (2013) a crítica ao modelo de saúde vigente e dos limites dos resultados das experiências da Medicina Comunitária cresce no Brasil um novo modelo de

participação com objetivos muito além de conquistas focalizadas em bens e serviços, e sim, a democratização no campo da saúde, reivindicando o acesso universal e igualitário de serviços e ações de saúde. É importante apontar que a participação popular em saúde se integra aos movimentos sociais urbanos, sindicais, de classes profissionais e outros em ações por melhorias na qualidade de vida e diminuição das desigualdades econômicas, políticas e sociais. Nesse contexto, ocorre um deslocamento da dimensão técnico-sanitária típica da Medicina Comunitária para uma dimensão política. Assim, esses movimentos se fortalecem devido especialmente a dois fatores: as condições sociais degradantes da população brasileira, principalmente dos que viviam nas periferias dos grandes centros urbanos, e o enfraquecimento do regime autoritário vigente à época. Proporcionando assim uma maior interação da sociedade com o Estado.

Segundo Parante (2006) Com a participação popular legitimada dentro da esfera estatal, percebia-se o início do que se conhece hoje como controle social, a participação cidadã. Desse modo, durante a década de 80, com a supressão dos regimes autoritários que prevaleciam na América Latina, surge a participação cidadã como instrumento para um potencial aprofundamento da democracia. Tem início no continente, um processo de descentralização de poder que impulsiona mudanças na dinâmica da participação popular nos negócios do Estado.

Essa participação cidadã se transforma em ampliação das possibilidades de acesso dos setores populares aos atos de gestão, segundo uma perspectiva de desenvolvimento da sociedade civil e de fortalecimento dos mecanismos democráticos, e contribui para garantir a execução eficiente dos programas de compensação social que surgiram no contexto das políticas de ajuste estrutural. (PARANTE, 2006, p.11).

A participação popular na gestão da saúde é prevista pela Constituição Federal de 1998, em seu artigo 198, que trata das diretrizes do SUS: descentralização, integralidade e a participação da comunidade. Essas diretrizes orientam a organização e o funcionamento do sistema, com o intuito de torná-lo mais adequado a atender às necessidades da população brasileira. Em outras palavras, essa participação sujeita os agentes públicos a se responsabilizarem a responder as demandas postas nesse contexto, bem como, expõe a transparência de suas ações no trato da gestão político-administrativa e bom uso dos recursos públicos. (ROLIM; CRUZ; SAMPAIAO, 2013).

A Constituição Federal de 1988 inova em aspectos essenciais, especialmente no que se refere à gestão das políticas públicas, por meio do princípio da descentralização político-administrativa, alterando normas e regras centralizadoras e distribuindo melhor as competências entre o poder central (União), poderes regionais (Estados e Distrito Federal) e locais (municípios). Com a descentralização, também aumenta o estímulo à maior participação das coletividades locais criando mecanismos de controle social. Se a participação popular se institucionaliza a partir da Constituição de 1988, sua efetividade já vinha sendo construída no período muito antes e consolida-se durante os anos 1990. Os movimentos sociais mobilizaram-se e participaram ativamente na elaboração do texto constitucional (GIAQUETO, 2010).

Segundo Bahia, Salm e Malta (2000) Um registro alternativo e imprescindível à compreensão sobre participação social e seus desdobramentos na área da saúde no Brasil emana das deliberações da Conferência Alma Ata realizada em 1968 - marco dos debates internacionais sobre as políticas de saúde. O lema Saúde para Todos no Ano 2000, expresso na estratégia da expansão dos cuidados primários à saúde, responsabilidade dos Estados nacionais e vinculação das realizações das metas de saúde ao desenvolvimento social bem como à redução da lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e o dos desenvolvidos, orientou a ação de agências multilaterais como a OMS e a OPAS nos anos 70 e 80.

Segundo a carta de Ottawa (1986) A saúde é entendida como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. A promoção coloca a saúde como prioridade na agenda dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo e a aceitarem suas responsabilidades políticas com o setor. Os pré-requisitos e as perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor, demandando um olhar multidisciplinar, coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de



saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes. A comunidade deve se envolver neste processo. É necessário reforçar a ação das comunidades, seja na escolha de prioridades, na tomada de decisões, definição e implementação de estratégias.

A Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/1990 estabelece em seu art. 12 a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde. Entretanto, é a Lei n.º 8.142/1990 que dispõe sobre a participação social no SUS, definindo que a participação popular estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS. Legitimando assim os interesses da população no exercício do controle social (BRASIL, 1990).

Segundo Correia a expressão ‘controle social’ tem origem na sociologia. De forma geral é empregada para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais. Assim sendo, assegura a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios.

A participação social nas políticas públicas foi concebida na perspectiva do ‘controle social’ no sentido de os setores organizados da sociedade participarem desde as suas formulações – planos programas e projetos – acompanhamento de suas execuções até a definição da alocação de recursos para que estas atendam aos interesses da coletividade. A área da saúde foi pioneira neste processo devido à efervescência política que a caracterizou desde o final da década de 1970 e à organização do Movimento da Reforma Sanitária (CORREIA, 2000).

Para Correia o conceito de controle social pode aparecer de duas formas. O primeiro, exercido pelo Estado sobre os indivíduos e grupos, historicamente assumiu várias modalidades, considerando as especificidades dos modos de produção e os regimes políticos. A história ocidental exemplifica como “Controle Social” o exercício do Estado nas suas funções clássicas de dominação. O segundo refere-se à participação social na elaboração e fiscalização de políticas públicas em contextos democráticos.

O controle do Estado sobre os indivíduos ocorre tanto por mecanismos jurídicos e políticos quanto por processos culturais e educativos. Enquanto em um contexto autoritário, observa-se a redução da participação e o aumento de mecanismos de controle, no regime

democrático, o processo se inverte. No caso atual do Brasil, a Constituição de 1988 assegura juridicamente a participação e o controle social como mecanismos de democratização dos direitos civis e políticos. Nesse sentido, o termo controle social está intrinsecamente articulado a democracia representativa, que assegura mecanismos de participação da população na formulação, deliberação e fiscalização das políticas públicas (CORREIA, 2000).

O controle social é resultado da ação do cidadão participante sobre os serviços públicos, exigindo seus direitos, conhecendo e efetuando seus deveres acompanhando a implementação das políticas e fiscalizando sua execução. No âmbito da saúde isso fortalece o exercício da cidadania na direção dos objetivos do SUS. Existem alguns mecanismos institucionalizados e regularizados que contribuem e promovem a participação e o controle social são eles: as conferências e os conselhos de saúde. Concluindo a participação popular pode ser traduzida como a atuação do povo, enquanto indivíduo ou sociedade organizada (ONG, sindicato, grupo de moradores, entre outros), em alguma atividade. Quando estas atividades são desenvolvidas para fiscalizar e acompanhar as ações e políticas de saúde no SUS, podemos dizer que essa participação popular está exercendo o controle social no SUS. O controle social é uma ferramenta que a população tem para controlar as decisões dos gestores, de acordo com as necessidades e vontade do povo. Logo é a participação popular que garante a execução do controle social<sup>1</sup>.

De acordo com Rolim, Cruz e Sampaio (2013) com o preceito constitucional controle social na saúde deve ser proposto, estimulado e garantido pelos dirigentes da saúde. Esta proposição é um direito de cidadania, e aqui mais uma vez recorreremos à Constituição Cidadã, onde lemos em seu parágrafo único de seu Artigo 1º: “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição” (CF/88).

Segundo Gomes (2013) A questão do controle da sociedade sobre as políticas públicas ganhou contornos diferentes no Brasil, com a Constituição de 1988. Reflexo de uma longa história de lutas e conquistas visando a maior participação popular, e também do forte ambiente pró-redemocratização presente no caso do Regime Militar, quando a centralização

---

<sup>1</sup> Seminário de avaliação dos conselhos locais de saúde de Vitória da Conquista disponível em: <http://www.cescage.com.br/ead/adm/shared/arquivos/modulo-9-pol.p%3%BAblicas.pdf>

decisória confundia-se com o autoritarismo dos vinte anos de ditadura, a “Constituição Cidadã” inovou ao incorporar a participação direta dos cidadãos no exercício do poder.

De forma geral, a participação popular evoluiu de uma concepção de participação como a mera incorporação dos indivíduos em ações assistenciais e comunitárias, predominante nos anos 50, até os movimentos populares reivindicativos, de forte conotação política, da década de 80 (GOHN, 2001, p.50 apud GOMES, 2013, pag.38).

### **2.3 Conferências de Saúde**

Depois de iniciada a Reforma Sanitária, a Lei n. 8.142, de 28 de novembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu que cada esfera de governo, além de organizar e manter conselhos de saúde teria de realizar conferências com periodicidade de quatro anos para suas reuniões. A primeira a se realizar a partir da lei foi a 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992), obedecendo-se a partir desta o intervalo de quatro anos, com exceção da 12ª convocada em 2003, apenas três anos depois da anterior (BRASIL, 2009).

Segundo Oliveira (2009) de acordo com o Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Saúde (1941), as conferências foram instituídas pela Lei 378, de 13 de janeiro de 1937. Conforme o artigo 90 da referida lei, a Conferência Nacional de Saúde destina-se a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades realizadas em todo o país, orientando-o na execução local dos serviços de saúde. As conferências eram realizadas a cada dois anos, sendo convocadas pelo Presidente da República. Vale salientar que a referida lei instituiu tanto a Conferência Nacional de Saúde – CNS, quanto a Conferência Nacional de Educação, pois saúde e educação integravam o Ministério da Educação e Saúde. Assim, a 1ª CNS centralizou suas discussões num modelo de saúde embasado nas campanhas sanitárias, dando especial destaque ao combate das epidemias contra a lepra e a tuberculose. Para esse fim, o Ministério da Educação e Saúde elaborou um estudo prévio através de questionários para subsidiar os debates da referida conferência acerca da situação sanitária e assistencial dos Estados, abordando diversos assuntos: medicina preventiva, tuberculose, lepra, malária, doenças venéreas, saneamento básico, educação sanitária, proteção à maternidade e à infância, entre outros.

A 2ª CNS foi realizada em novembro de 1950 e presidida pelo Ministro da Saúde, Pedro Calmon. Esta conferência ressaltou a preocupação com as “condições de higiene e de segurança no trabalho, na prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes, e na temática da malária.” (BLOCH; ESCOREL, 2005, p.91 apud OLIVEIRA, 2009; BRASIL, 2009).

A 3ª CNS foi considerada a mais politizada desta época, em relação às conferências anteriores. Ocorreu em dezembro de 1963, no Rio de Janeiro, e foi presidida pelo Ministro Wilson Fadul. A finalidade desta conferência consistiu numa análise geral acerca da situação sanitária nacional e na aprovação de programas de saúde adequados às necessidades da população. O golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas pela 3ª conferência, mas suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década dos setenta. A 4ª CNS foi realizada no período de 30 de agosto a 4 de setembro de 1967, no Rio de Janeiro, e foi presidida pelo Ministro da Saúde, Leonel Miranda. Teve como tema central os “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”, centralizando sua discussão em torno da formação e do aperfeiçoamento dos profissionais da saúde. Nesta conjuntura foi realizada a 4ª Conferência Nacional de Saúde, Época de repressão, cerceamento da liberdade, censura e violência policial contra estudantes, trabalhadores e parlamentares que se opunham ao regime militar, conseqüentemente ocorreram diversas manifestações públicas em protesto à ditadura do governo. Contou ainda com um painel internacional sobre a política e realizações da Organização Pan-americana de Saúde (Opas) e as experiências sanitárias da Venezuela e da Colômbia. (BLOCH; ESCOREL, 2005 apud OLIVEIRA, 2009, BRASIL, 2009).

A 5ª CNS foi realizada em Brasília, no período de 5 a 8 de agosto de 1975, na gestão do Ministro da Saúde Paulo de Almeida Machado. A Conferência focalizou o Sistema Nacional de Saúde, visando a formulação de uma Política Nacional de Saúde, para que fosse submetida à apreciação do Conselho do Desenvolvimento Social. A 6ª CNS realizou-se no período de 1 a 5 de agosto de 1977, em Brasília. O presidente do Brasil, tanto na época da realização da 5ª como da 6ª Conferência, era o general Ernesto Geisel. Teve por finalidade reunir profissionais e autoridades para discutir o temário da Conferência, o qual abordou o controle das grandes endemias, o aperfeiçoamento dos programas nacionais, a interiorização

dos serviços de saúde e, sobretudo, a integração dos órgãos participantes do Sistema Nacional de Saúde. De 24 a 28 de março de 1980, durante o governo de João Batista Figueiredo, realizou-se a 7ª CNS, a qual teve como tema central “A Extensão das Ações de Saúde Através de Serviços Básicos de Saúde”, cuja finalidade consistiu em discutir o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde “Prev-Saúde” (OLIVEIRA, 2009).

O Movimento da Reforma Sanitária impulsionou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Uma das propostas do movimento sanitário era incluir o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social no Ministério da Saúde, para que todos tivessem assistência à saúde, antes restrita aos previdenciários, além de subsidiar as discussões sobre o setor saúde na futura Constituição.

Mais do que reconhecer e propor a formalização de espaços institucionais para a disputa entre atores com interesses conflitivos, as propostas emergentes da 8ª conferência reconhecem expressamente um campo de interesses a ser privilegiado – o dos excluídos – cuja participação deve ser garantida como forma de “garantir” sua inclusão no sistema (CARVALHO, 1995, p.55 apud OLIVEIRA, 2009, p.67).

A 8ª Conferência foi realizada entre 17 a 21 de março de 1986, em Brasília – Distrito Federal, e contou com a participação de aproximadamente 4.500 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados. Teve sua Comissão Organizadora presidida por Sergio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento da Reforma Sanitária. Esta Conferência difere das realizadas anteriormente pelo seu caráter democrático e pela participação social. Democrático devido à significativa representação dos segmentos da sociedade civil e participativa pela realização das conferências municipais e estaduais como etapa preparatória à Conferência Nacional de Saúde. Abordou o tema central “Democracia é Saúde”, subdividido em três eixos temáticos: Saúde como direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial; ressaltando a intenção de viabilizar a Reforma Sanitária (BRASIL, 2009).

Segundo Oliveira (2009) A 8ª CNS, mediante a participação da sociedade civil, foi o marco para que fossem instituídas as bases para a existência do Sistema Único de Saúde. A partir da 9ª CNS as propostas giram em torno da implementação e do fortalecimento do Sistema Único de Saúde. As principais contribuições da 9ª conferência para a Política Nacional de Saúde foram com certeza a descentralização (defesa dos municípios como atores

no cenário setorial; a defesa das conferências estaduais e municipais como preparatórias à nacional, fortalecendo os mecanismos de participação social no SUS; mobilização nacional em torno da questão do financiamento; e a proposta de extinção do Inamps ) que ocorreu no ano seguinte (BRASIL, 2009; OLIVEIRA, 2009).

A 10ª Conferência Nacional de Saúde tendo por temas: Saúde, cidadania e políticas públicas; Gestão e organização dos serviços de saúde; Controle social na saúde; Financiamento da saúde; Recursos humanos para a saúde; e Atenção integral à saúde. A 11ª Conferência Nacional de Saúde teve por tema central: “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. A 12ª Conferência Nacional de Saúde Nacional foi realizada em 2003, tendo por tema central: “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, com dez eixos temáticos específicos. A 13ª Conferência Nacional de Saúde teve como tema central: “Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento” (BRASIL, 2009).

De acordo com Goulart (2014) As duas últimas Conferências Nacionais de Saúde (13ª e 14ª), realizadas em 2007 e 2011 respectivamente, foram dramaticamente marcadas pelo nível de polarização entre os participantes. Foram produzidos debates de grande tensão, que se arrastavam pelas madrugadas, com resultados de legitimidade duvidosa, pois no final votavam e aprovavam propostas os mais resistentes ao sono ou os militantes mais ardorosos, não necessariamente os portadores de interesses legítimos. O resultado foi a reiteração e a redundância, com emissão de propostas miraculosas e infinitamente abrangentes, na verdade, muitas já contempladas nas leis e normas em vigor. Outro aspecto a considerar é que um evento deste tipo deve custar aos cofres públicos da saúde, proverbialmente esvaziados, algumas dezenas de milhões de reais. Afinal são alguns milhares de pessoas a serem transportadas, abrigadas e alimentadas na Capital Federal, além do aluguel de espaço para o evento, coisas que em Brasília têm preços astronômicos.

As conferências são reuniões amplas que envolvem representantes da sociedade para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde, nos três níveis de governo (nacional, estadual e municipal). É um espaço de discussão para analisar os avanços e as dificuldades do SUS, propondo novas diretrizes que orientem políticas e programas de saúde. Nesses eventos, existem plenárias, mesas de discussão,

trabalhos em grupo, pessoas com poder de voto (delegados) e os observadores e ouvintes. São convocadas pelo poder executivo e, extraordinariamente pelos conselhos de saúde das respectivas esferas. Primeiramente são realizadas as conferências municipais, devem ocorrer de 2 em 2 anos e não ultrapassar 4 anos. Participam os usuários, representantes governamentais, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde. As conferências estaduais devem ocorrer de 2 em 2 anos e não ultrapassar 4 anos, e discutem análises mais amplas que abrangem todo o estado. A conferência nacional de saúde ocorre de 4 em 4 anos, e é um espaço de discussão com representantes de todo país, que já levam pautas previamente acordadas nas conferências anteriores (NASCIMENTO,2001).

#### **2.4 Conselhos de saúde**

Os conselhos de saúde são órgãos permanentes do SUS e existem em cada esfera de governo, atuam na formulação de estratégias para as ações e políticas de saúde adequadas e controlam sua execução, inclusive nos aspectos financeiros. Integram a estrutura básica do ministério da saúde, das secretarias de saúde dos estados, do distrito federal e dos municípios. São espaços políticos de articulação do governo e sociedade.

O SUS garante autonomia aos estados, DF e os municípios para administrar os recursos em saúde. Mas para isso é preciso que cada esfera de gestão tenha um conselho de saúde funcionando. Para tanto a lei 8142, de 28 de dezembro de 1990 determina as composições, organizações e competências.

A criação dos conselhos deve ser feita em forma de Lei ou decreto, em esfera municipal ou estadual. O conselho nacional de saúde é regulado pelo decreto nº 99.438, de agosto de 1990 que estabelece algumas recomendações para a estruturação dos conselhos estaduais e municipais: A garantia de representatividade, a eleição do presidente entre os próprios membros, sua composição deve incluir representantes do governo, prestadores de serviço, trabalhadores da saúde e usuários (BRASIL, 2005).

As reuniões ocorrem uma vez ao mês e, extraordinariamente sempre que necessário. São abertas ao público, que tem direito a voz, e as pautas e datas são previamente divulgadas. Tais recomendações são referenciadas pela resolução nº453, de novembro de

2012 que trata das diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

O Conselho Nacional de Saúde é um espaço de participação social na administração do Sistema Público e atua no controle da execução da política de saúde estabelecendo estratégias de coordenação e gestão do SUS. É uma atividade não remunerada e aberta à participação da sociedade. Baseado na Constituição Federal, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) e na Lei nº 8.142/90, o Conselho consolida o controle social, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais. O Conselho nacional de saúde é uma instância coletiva, com poder de decisão. Ligado ao Poder executivo, é composto por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços. Representantes do Governo, profissionais de saúde e usuários estão entre os participantes e o número de conselheiros varia entre 10 e 20 membros.

Os Conselhos estaduais são compostos por representantes do Governo Federal, (indicados pelo Ministro de Estado da Saúde e outros Ministérios), representantes da Secretaria de Saúde do Estado, das Secretarias Municipais de Saúde, dos trabalhadores da área de saúde e prestadores de serviço de saúde, sendo 50% de entidades filantrópicas e 50% de entidades não filantrópicas. A efetiva participação do usuário depende da mobilização das entidades representativas da sociedade em defesa do SUS e da saúde pública, propondo caminhos e soluções, qualificando-se para elegerem seus representantes.

O Conselho Municipal de Saúde é um órgão colegiado, vinculado à Secretaria Municipal e faz parte dos mecanismos criados pelo SUS para garantir o controle social do Sistema de Saúde nos municípios. A formulação de estratégias para elaboração de planos de saúde e o controle das políticas definidas estão entre as atribuições mais importantes do conselho. Para que se possa cumprir o que a lei determina, o Conselho deve exercer o controle social do SUS fiscalizando, planejando e controlando os recursos destinados à área de Saúde no orçamento do Município. O Conselho deve ainda fiscalizar o Fundo Municipal de Saúde e propor o Plano Municipal de Saúde na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

O trabalho do conselho não deve ser confundido com o papel do gestor. O primeiro é responsável por aprovar as diretrizes da política de saúde, acompanhar as ações e



fiscalizar a utilização dos recursos, o segundo e responsável pela execução da política de saúde.

Concebidos como um dos mecanismos de democratização do poder na perspectiva de estabelecer novas bases de relação Estado-Sociedade por meio da introdução de novos sujeitos políticos, nesse contexto, podem ser visualizados como inovações na gestão das políticas sociais, procurando assegurar que o Estado atue em função da sociedade, no fortalecimento da esfera pública (BRAVO,2011).

Conselhos são espaços tensos, em que os diferentes interesses estão em disputa. Tem como base a participação social, a universalização dos direitos e a ampliação do conceito de cidadania, pautada por uma nova compreensão do caráter e papel do Estado. A sua novidade é a ideia do controle exercido pela sociedade através da presença e da ação organizada de diversos segmentos. Devem ser percebidos como fazer político, como espaço contraditório, como uma nova modalidade de participação, ou seja, na possibilidade de construção da democracia de massas (CARVALHO, 1995 apud BRAVO, 2011).

Apesar das concepções apresentarem explicitamente os limites desses espaços para uma participação efetiva, considera-se que esses mecanismos são importantes para a democratização do espaço público e para a mudança da cultura política do Brasil. Sendo assim os conselhos não podem ser nem supervalorizados, nem subvalorizados, são fundamentais para a socialização da informação e formulação de políticas sociais.

Segundo Bravo (2011) Os conselhos de saúde são inovações na formulação de políticas públicas e mecanismos de participação da sociedade nas decisões do Estado. Regulamentados em 1990 com a lei 8.142, que junto a lei 8.080 forma a Lei orgânica da Saúde, os Conselhos são espaços decisórios, de caráter permanente e de iguais pensamentos, compostos por representantes dos trabalhadores de saúde, de gestores, dos prestadores públicos e privados e dos usuários. Tem como objetivo discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo. Vale ressaltar que os Conselhos de Saúde não governam, mas estabelecem as ideias do interesse público para o governo, definem o que deve ser feito e verificam/avaliam o que foi feito.

Segundo Bravo (2011) O Conselho Nacional de Saúde tem sido dentre os

conselhos de política e de direitos o que mais tem apresentado propostas e lutas em defesa dos direitos sociais. Seus limites identificados para ampliação da participação democrática referem-se às estratégias de articulação com os conselhos estaduais e municipais - que não tem tido um potencial político significativo, como também com relação ao debate das questões mais gerais da Reforma sanitária e da Seguridade Social. Dessa forma, destacamos a importância da articulação dos conselhos com os movimentos sociais na defesa da Reforma Sanitária e da participação democrática, como um desafio e compromisso a ser assumido na atualidade.

Finaliza-se reafirmando que os conselhos de saúde não são os espaços únicos ou exclusivos, mas são importantes para serem ocupados pela sociedade civil organizada e comprometida com as transformações políticas, econômicas e sociais. Podendo contribuir com a construção de uma política contra-hegemônica ao impor a socialização da política e a democratização social como agendas permanentes e prioritárias de luta.

## **4. Metodologia**

### **4.1 Tipo de estudo**

Esse trabalho consiste em uma pesquisa descritiva, de análise documental, com a produção de dados qualitativos e quantitativos. Hymann (1997) diz que a pesquisa descritiva, descreve um fenômeno e registra a maneira como ele ocorre.

A análise documental permite identificar informações factuais nos documentos a partir de questões ou hipóteses de interesse. Nesses estudos os registros institucionais constituem-se como principal fonte. Além disso, torna-se possível fazer inferências sobre questões específicas acerca de determinados problemas. (LAZARINI, 2014; GIL, 2002).

A pesquisa quantitativa utiliza a quantificação tanto na coleta de dados quanto no tratamento das informações, utilizando técnicas de estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação. A pesquisa qualitativa, por sua vez, descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança,

possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos. (DIEHL, 2004 apud DALFONO; LANA; SILVEIRA, 2008).

#### **4.2 Área do estudo**

O conselho selecionado para o estudo se encontra na região administrativa de Ceilândia. Foi criada a partir da “Campanha de Erradicação das Invasões” (CEI) empreendida durante a década de 70, localizada nas antigas terras da Fazenda Guariroba ao norte de Taguatinga. Sua população foi inicialmente composta pelos moradores da Vila do IAPI, das Vilas Tenório, Esperança, Bernardo Sayão e Colombo; dos morros do Querosene e do Urubu; e Curral das Éguas e Placa das Mercedes, as quais já contavam com mais de oitenta mil moradores. Hoje é subdividida em diversos bairros, como: Setor “O”, Expansão, P Norte, P Sul, QNQ e QNR. A população é estimada hoje em 449.592 habitantes, a maioria da população é constituída por mulheres (51,78%). A Ceilândia é a região do Distrito Federal mais populosa. A Regional de Saúde de Ceilândia conta com um hospital regional e doze centros de saúde, uma UPA e o CAPS-AD (PDAD, 2013).

Em Ceilândia o movimento pela saúde teve início antes de sua transferência, pois juntamente com a luta pelo direito à moradia regular estavam também às lutas por escolas e unidades de saúde dentre outras. Por ocasião de sua transferência, intensificou-se a participação popular pela obtenção de serviços de saúde, antes inexistentes naquele local. Tal movimento teve por conquista de suas reivindicações o Centro de Saúde nº 01, inaugurado em 1973. Porém, o Conselho Regional de Saúde de Ceilândia só foi instalado no ano de 1996, quando o Partido dos Trabalhadores ganhou as eleições para o governo do Distrito Federal. Em 2002, o Conselho Regional de Saúde de Ceilândia voltou a desenvolver seus trabalhos, após um período de tempo desativado, atualmente o CRSC é um dos dezenove conselhos regionais de saúde em funcionamento no Distrito Federal (PINA, CARDOSO, 2013).

#### **4.3 Objetos do estudo**

Nesse estudo os objetos de pesquisa foram as pautas das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias o Conselho Regional de Saúde da Ceilândia no período de 2010 a 2011, e a legislação que compreende a resolução 453/2012, a lei orgânica do DF, a resolução

390/2012 e o regimento interno do conselho regional de saúde da Ceilândia, que foram usadas como subsidio para as análises e entendimento do tema. A delimitação desse período de ano se deu por conta dos acontecimentos na saúde que foram importantes para a regional, como a implantação do ambulatório e criação da UPA.

As atas selecionadas são de janeiro de 2010 a novembro de 2011, sendo um total de 23 atas, com 122 pautas.

#### **4.5 Análise dos dados**

Para a análise dos dados utilizamos a técnica de análise de conteúdo. Que consiste em um conjunto de técnicas de comunicação, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, relativos às condições de produção. Para as inferências, recorre a indicadores quantitativos ou qualitativos (BARDIN, 2006).

Diante do exposto, percebe-se que a análise de conteúdo tem como objetivo ultrapassar as incertezas e enriquecer a leitura dos dados coletados. O objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas (CHIZOTTI, 2006 apud MOZZATO; GRZYBOVSKI, 2011).

Na pré- análise que é a fase de organização, localizamos os materiais necessários no hospital regional de saúde da Ceilândia (HRC), na sala do CRSC. Foi realizada a leitura exaustiva primeiramente das leis, em especial, a resolução 390 e o regimento interno e depois as atas do período de estudo selecionado.

A segunda fase que é a exploração do material consistiu na definição das unidades de registro. Segundo Oliveira (2008) As unidades de registro podem ser: palavras, frases, parágrafos, temas/categorias, personagem, acontecimento, documento. Nesse momento a partir do estudo da legislação, a leitura das atas e o estudo desenvolvido por Machado (2012) optamos pelas seguintes categorias:

- Composição,
- Regulamentação,
- Eleição,
- Estrutura,

- Formulação de estratégias de saúde para a organização dos serviços;
- Fiscalização e controle,
- Queixas e denúncias,
- Avaliação dos serviços de saúde;
- Conferências,
- Formação dos conselheiros de saúde e
- Apoio à comunidade.

Fizemos uma análise quantitativa, com números absolutos que deram origem a um quadro, o apêndice (A) deste trabalho. Além de um gráfico e duas tabelas que serão analisados a diante.

Na terceira fase que diz respeito ao tratamento dos resultados, ocorreu nela a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações e inferenciais da análise reflexiva e crítica das atas. Ainda, para preservar o anonimato dos sujeitos, foi utilizado um sistema de numeração arbitrária (1, 2, 3, 4...) nos trechos extraídos das reuniões nas atas.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Para a elaboração dessa pesquisa foi necessária uma autorização por parte do CRSC para o livre acesso aos documentos compondo o anexo (A) desse trabalho.

## 5. Resultados e discussão

**Tabela 1- Reuniões do Conselho regional de saúde da Ceilândia**

<b>Reuniões Ordinárias</b>	<b>Reuniões Extraordinárias</b>
13/01/2010	13/09/2010
29/01/2010	14/02/2011
12/04/2010	03/03/2011
16/08/2010	01/04/2011
13/09/2010	18/04/2011
20/09/2010	30/05/2011
19/10/2010	
22/11/2010	
31/01/2011	
21/02/2011	
28/03/2011	
26/05/2011	
30/06/2011	
04/08/2011	
15/09/2011	
14/10/2011	
03/11/2011	

**Total de Reuniões: 23**

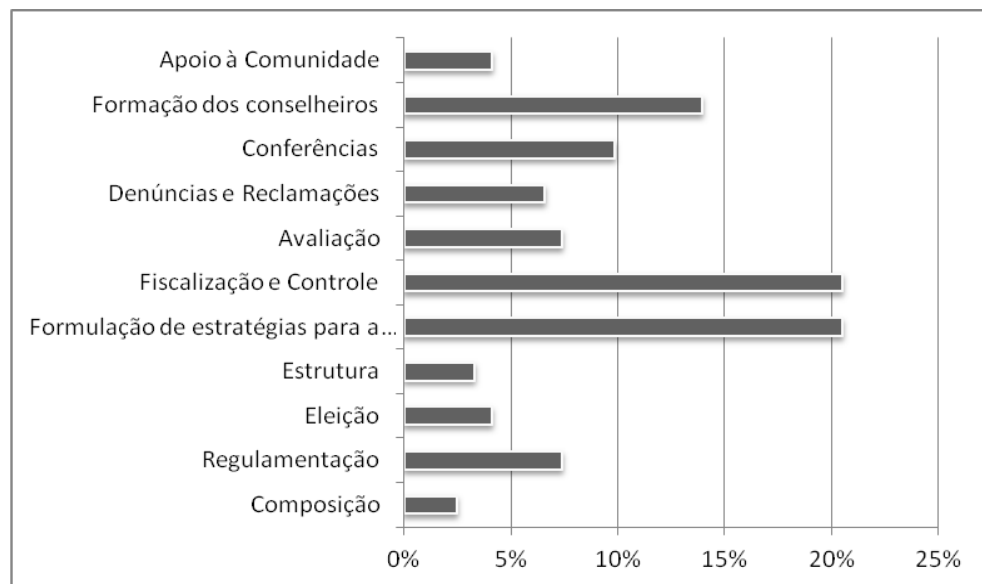
Fonte: Elaborado pela autora a partir das atas do CRSC

No primeiro ano de estudo tivemos nove reuniões realizadas, desse total uma reunião extraordinária para a revisão do regimento interno. Conforme as legislações do CRSC devem ocorrer, uma reunião por mês, e extraordinariamente quando convocado pelo presidente ou um terço dos membros titulares da mesa diretora, dessa forma teriam que ter ocorrido pelo menos 12 reuniões ao longo do ano de 2010. Porém no ano seguinte o total de encontros foi superior ao estipulado pelo regimento totalizando 14 reuniões, dessa forma podemos dizer que o conselho acabou por equilibrar o numero de reuniões, totalizando 23 encontros de 2010 á 2011.

Nas reuniões do primeiro ano, quanto à presença, tivemos entre 8 e 18 conselheiros presentes, ressaltando que 8 conselheiros correspondem somente a uma reunião,

todas as outras foram acima de 10. Dessa forma é importante salientar que a legislação do CRSC estipula que para deliberações é necessário a presença de 50% mais um dos membros efetivos, ou seja, 9 conselheiros já que o CRSC é composto por 16 conselheiros titulares, assim sendo a maioria das reuniões teve poder de deliberação. No segundo ano o número presente de conselheiros variou entre 9 e 16 presentes nas reuniões.

**Gráfico 1- Categorias dos assuntos abordados no CRSC no período de 2010 a 2011**



Fonte: Elaborado pela autora a partir das atas do CRSC

O gráfico 1 foi elaborado a partir da categorização dos assuntos discutidos nas atas das reuniões ordinária e extraordinárias do conselho regional de saúde da Ceilândia, disponíveis no apêndice (A) deste trabalho. Os maiores volumes de discussões no CRSC, estão em duas categorias: Fiscalização e controle (21%), e formulação de estratégias para a organização dos serviços (21%), seguindo temas formação dos conselheiros de saúde (14%), conferências de saúde (10%), avaliação (7%), regulamentação (7%), denúncias e reclamações (6%), apoio à comunidade (4%), eleição (4%), estrutura (3%) e composição (3%).

### **Formulação de Estratégias para a organização dos serviços**

Na categoria formulação de estratégias para a organização dos serviços, o CRSC

discutiu assuntos referentes à necessidade de estrutura física para atendimento aos pacientes, como a mudança do cs nº 01 para o ambulatório, reforma do centro cirúrgico e necessidade de local especializado para a saúde mental.

Referente à demanda por espaço físico no HRC faltava espaço para atender especialidades como ortopedia, urologia, fisioterapia, psiquiatria entre outros. Um dos conselheiros levou para apresentar um projeto de ampliação do espaço físico do HRC com a utilização do centro de saúde 01. Essa iniciativa partiu de um dos conselheiros do segmento gestor, que observamos que são recorrentes ao longo da análise das atas, geralmente as proposições partem do segmento gestor e não dos usuários ou demais segmentos, isso pode ocorrer pelo fato da presidência do conselho muitas vezes estar ligada ao presidente da regional de saúde ou pelo próprio desinteresse da participação dos demais segmentos.

Para Cortês (2009) os conselhos de saúde podem constituir-se como espaços governamentais onde decisões já tomadas são legitimadas. Aplicando esse conceito dentro do CRSC, decisões já pré-estabelecidas pela secretaria de saúde e pela regional são levadas para o conselho para conseguirem sua aprovação, podendo muitas vezes não serem proposições idealizadas pelo mesmo.

Ainda de acordo com um estudo desenvolvido por Cortês (2009) sobre os conselhos municipais de saúde, foi observado que os gestores contribuía de forma decisiva para a formação da agenda de debates dos fóruns, eles não apenas influenciavam na formação da agenda, mas também exerciam controle direto sobre suas decisões.

Porém podemos destacar que de acordo com a resolução 390 de 2012, se o CRSC não concordar com alguma decisão da regional de saúde, ou mesmo se algumas de suas decisões não forem acatadas, o mesmo pode recorrer ao Ministério Público para providências.

Após a exposição dos benefícios com o projeto e de demonstrar como seria importante essa mudança o conselheiro 1 expôs:

[...] Deve ser considerado que a atenção primária não pode ser vista como uma figura de retórica, mas sim como solução dos problemas de saúde da comunidade [...] A solução para a falta de espaço será a construção do bloco ambulatorial (16/08/2010).



Com a declaração do conselheiro podemos observar que o CRSC sabe a importância que a atenção primária tem para a saúde, e que é importante ser fortalecida. Expôs também que a mudança do centro de saúde 01 deve ser algo temporário, e que é necessária a construção do bloco ambulatorial visto que a cidade de Ceilândia cresceu e o HRC já não consegue atender toda a população. Foi sugerido que após a construção do bloco o cs nº 01 passe a ser o CAPS 1, já que a regional não possui esse atendimento. A proposta de mudança foi aprovada pelo conselho, porém não houve nenhuma documentação para formalização, segundo o regimento interno art.20 par. 5º “as deliberações do plenário do conselho regional de saúde são consubstanciadas em resoluções, moções, recomendações ou decisões”.

“Resolução – é uma decisão de caráter geral que estabelece normas a todos aqueles diretamente relacionados ao seu conteúdo. Devido a esse caráter, as resoluções devem ser obrigatoriamente homologadas pelo chefe do Poder Executivo, em até 30 dias. Caso isso não aconteça, ou não seja encaminhada uma justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na próxima reunião do Conselho, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação da Resolução, recorrendo ao Ministério Público. Recomendação – é uma sugestão, advertência ou aviso a respeito do conteúdo ou da forma de execução de uma política ou ação de saúde. Normalmente, aborda assuntos específicos, não de responsabilidade direta do Conselho, mas que são relevantes e necessários. Moções – é uma manifestação de aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto ou fato” (Orientações para conselheiros de saúde, p.46-47, 2012, MS).

Nesse caso teríamos uma moção como documento formal, porém observamos que não ocorreu, isso se deve provavelmente por essa articulação do segmento gestor, aonde geralmente se tem a participação da regional, dispensando dessa forma documentações de formalização e ações burocráticas.

Foram formadas também comissões para entrar em contato com governador e deputados com documentos sobre o quadro de saúde da regional. Discussões relativas ao modelo de atenção à saúde, onde os conselheiros deixavam claro que deveria se fortalecer a atenção primária e a Estratégia de saúde da Família (ESF) e a regulação de visitas à maternidade.

## **Fiscalização e Controle**

Nessa categoria os conselheiros abordaram a fiscalização e o acompanhamento de estratégias empregadas na regional de saúde, como as reformas que aconteceram nos centros de saúde, a reforma no centro cirúrgico, a mudança do cs nº01 para o ambulatório, o uso de recursos financeiros. Foi comum o estabelecimento de comissões de fiscalização pelos conselheiros, para facilitar e melhorar a dinâmica de trabalho. Foi observado também que os conselheiros recorriam a outros profissionais para esclarecimentos, como as reformas dos centros de saúde, apesar de estarem visitando as obras os conselheiros sentiram que era necessário conhecer todo projeto, e para isso pediram auxílio e esclarecimentos para os engenheiros responsáveis.

Quanto às questões referentes a financiamento, as verbas do programa de descentralização progressiva das ações de saúde (PDPAS), que visa dar autonomia gerencial progressiva para as Diretorias Gerais de Saúde e Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde, viabilizada por meio de transferência de recursos financeiros do Governo do Distrito Federal.

Art.3º Os recursos do PDPAS se destinam à manutenção e ao regular funcionamento dos serviços e das Regionais de Saúde, mantidas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, e serão utilizados para quaisquer das seguintes finalidades: I – adquirir materiais de consumo e medicamentos; II – adquirir materiais permanentes e equipamentos; III – realizar reparos nas respectivas instalações físicas IV – contratar serviços com pessoas jurídicas e pessoas físicas, observadas as normas legais; V – pagar outras despesas, disciplinadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (DECRETO Nº 31.625, DE 29 DE ABRIL DE 2010, publicado no DODF nº 82, de 30 de abril de 2010, página 2).

Um dos conselheiros disse que não houve planejamento quanto ao uso desses recursos, e que seu limite de compra foi alcançado, e que se não houvesse solução seria necessário suspender cirurgias. Um dos conselheiros propôs que fosse encaminhado um documento para a secretaria de saúde, para que as necessidades de caráter de urgência sejam suprimidas. Porém não a informação de que a estratégia tenha sido aprovada, pois as discussões partem para um novo assunto. Observamos que assuntos referentes a financiamento não foram resolvidos, o conselho não chegou a uma deliberação, foi lançada uma estratégia, porém não ganhou força, isso pode ocorrer pela limitação que existe dentro

dos conselhos regionais de saúde em se decidir alguns aspectos sobre financiamento. Nesse caso o programa em questão, possui regulamento bastante rígido e burocrático, de forma que o conselho não pôde intervir.

### **Formação dos conselheiros**

Observamos que quanto a formação dos conselheiros de saúde, foi comum durante a análise das atas os conselheiros darem depoimentos e relatos de cursos os quais haviam participado, ou informes de novos cursos em que eles poderiam estar presentes. Tivemos relatos sobre o GTPID (programa de inclusão digital), participação do dia “D”, seminário nacional de atenção primária, curso de capacitação para conselheiros, participação no fórum de articulação dos conselhos de saúde do DF, curso de relacionamento interpessoal e atendimento em excelência, I encontro de avaliação política de gestão estratégica e participativa, evento sobre doenças raras entre outros.

O CRSC demonstra através dessas ações que valoriza a formação dos conselheiros de saúde, e dessa forma com maior conhecimento os conselheiros podem participar mais ativamente e com maior propriedade nas tomadas de decisão. Essa importância quanto a capacitação vai de encontro com o que é dito por Shimizu et. al (2003) que a carência das capacitações dificulta que os conselheiros desenvolvam todas as suas funções: A fiscalização do funcionamento do sistema de saúde e dos recursos financeiros; a deliberativa que diz respeito à definição das políticas e prioridades de saúde, a avaliação e deliberação do plano de saúde; e a função consultiva, que trata da avaliação de questões de saúde. Logo quando observamos a importância que o CRSC dá a formação dos conselheiros, vemos seu avanço em relação a atual realidade enfrentada nos demais conselhos de saúde.

### **Conferências de saúde**

Nessa categoria foram abordados apenas assuntos que correspondessem a conferências de saúde, então o CRSC falou sobre eixos da conferência de saúde mental, a XI plenária de conselheiros de saúde do DF, 8ª conferência de saúde do DF e as etapas de preparação, a conferência da região oeste (que compreende as regiões administrativas de Ceilândia e Brazlândia), avaliação sobre participação na 8ª de saúde do DF, a 14ª conferência

nacional de saúde. Foram dados informes, foi discutida a forma de preparação e organização das conferências na regional, a importância de estar presente e levar todas as demandas da Ceilândia. O grande volume de discussões sobre essa categoria tem relação com o ano das conferências, mas especificamente o ano de 2011.

Percebemos que esse espaço é muito importante para o CRSC, como para todos os conselhos de saúde. Porém destacamos que durante o período de estudo, o plano regional de saúde não foi contemplado, o plano regional de saúde é um instrumento importante para o planejamento dos gastos em saúde e sua fiscalização, aonde são destacadas as necessidades da região administrativa, sendo então enviadas para o CSDF para compor o plano de saúde do DF. Com o destaque e importância da categoria de formação dos conselheiros e a ausência do plano regional de saúde, é possível que o fortalecimento nas conferências de saúde aconteça como forma de fazer com que as demandas da regional sejam ouvidas. O conselheiro 2 disse:

[...] A Ceilândia precisa batalhar por uma cadeira no Conselho de saúde do Distrito Federal e colocar em pauta as necessidades da regional (22/11/2010).

Com essa fala podemos destacar que na relação existente entre o CSDF e o CRSC, o conselho regional não sente que suas demandas são ouvidas e sequer resolvidas, e que a melhor forma para combater esse problema é se empoderar e ocupar os espaços das conferências de saúde, aonde suas pautas poderão ser “escutadas”, essa ideia é reforçada quando observamos a importância que o CRSC dá para a capacitação de seus conselheiros, para que esses estejam preparados para atuarem nesses espaços de participação.

No Distrito federal não temos municípios, e sim regiões administrativas, que são formas de facilitar a gestão da administração pública. Na prática funcionam como típicas cidades, mas com a particularidade de não possuir prefeitos nem vereadores e sim administradores regionais e secretários indicados pelo governador do Distrito Federal. Essa particularidade dificulta o trabalho dos conselhos regionais, visto que essa menor autonomia faz com que se limite o poder de ação dos conselhos, ocorrendo muitas vezes uma descrença do trabalho realizado por eles, seja pelos próprios conselheiros ou a população. Em um estudo sobre conselhos regionais desenvolvido por Quevedo et.al (2011) diz que se faz necessário

avançar em pontos que impendem o avanço das práticas dos Conselhos Regionais de Saúde, ressalta que os Conselhos Regionais são efetivações do processo de regionalização. No entanto, a instância superior tem delimitado a organização e funcionalidade dos Conselhos Regionais. Nesse sentido faz-se importante a construção de autonomia.

Correia (2006) afirma que os conselhos são espaços contraditórios, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais, como também podem ser espaços de participação e controle social na perspectiva de ampliação da democracia. Não legitimam ou reverter o que está posto. Dessa forma entendemos que as relações de poder não estão apenas nas reuniões internas dos conselhos, mas essa mesma relação de poder se dá de forma macro espacial, nesse caso entre o CRSC e o CSDF. Podemos enxergar o processo de criação dos conselhos regionais a partir da descentralização de forma positiva, fortalecendo a participação e o controle social no SUS, porém a relação de poder que existe entre esses conselhos dificulta e deslegitima o trabalho do conselho regional de saúde da Ceilândia.

### **Avaliação**

Durante as reuniões os conselheiros avaliavam se determinadas ações da regional de saúde eram o que a população precisava, e qual a melhor forma de se aplicar um procedimento ou decisão. Eles avaliaram se a mudança do CS nº1 para o ambulatório seria positiva, se os trabalhadores tanto do centro quanto do HRT estavam satisfeitos, entre outros aspectos. Avaliaram diferentes questões como o quadro de saúde mental, a demanda por espaço físico no HRC, as reformas nos centros de saúde, as visitas na maternidade, o modelo de saúde, o quadro de servidores, o aumento da frequência de óbitos infantis entre outros.

Para a realização das avaliações, era muito comum, os conselheiros convidarem especialistas nas áreas em destaque para participarem das reuniões. Como profissionais de saúde de setores específicos e engenheiros responsáveis pelas obras dos centros de saúde para darem suas contribuições.

## **Regulamentação**

Sobre regulamentação, as discussões giraram em torno do regimento interno, revisões e alterações que seriam necessárias. Durante o período de estudo, o CRSC estava realizando a atualização e aprovação do seu regimento interno, por isso essas discussões ocuparam um volume significativo nas reuniões. Isso demonstra que o conselho busca sempre estar de acordo com a legislação e o que preconizado pelo conselho nacional de saúde, sempre realizando atualizações e modificações necessárias.

## **Denúncias e Reclamações**

Nas reuniões observamos que independente dos segmentos os conselheiros levavam muitas denúncias e reclamações, como líder religioso que foi barrado no HRC, falta de atendimento em centro de saúde, maus tratos de paciente por médico, transferência de servidora sem justa causa entre outros. Além disso observamos muitas informações dentro do CRSC quanto a esse assunto, como quem seria responsável pelas denúncias, que as queixas deveriam ser apresentadas primeiramente aos conselhos gestores, recorrendo ao CRSC para dúvidas e providências. O conselheiro 3 disse:

[...]é preciso identificar os gestores que estão praticando essas ações,precisa trazer nome e endereço para se formalizar a denuncia(01/04/2011).

Apesar do grande volume, as denúncias não eram formalizadas, dificultando dessa forma sua resolução. Apenas uma reclamação foi formalizada, ela foi referente à transferência de uma gestora de um dos centros de saúde sem justa causa, mesmo com um grande volume de reclamações de usuários, nenhuma delas foi formalizada. Isso reforça a importância que o conselho regional dá às figuras dos gestores de saúde. A conselheira 6 disse:

[..] quando a regional possuía um diretor que não se importava,muitas vezes, o conselho não funcionava,mesmo sabendo que o mais importante para se funcionar seja a participação dos conselheiros (31/11/2011).

Observamos que o apoio da gestão é muito importante para o desenvolvimento do trabalho dos conselhos de saúde e para a motivação dos conselheiros, um dos conselheiros destacou como o diretor valorizava o conselho e o papel dos conselheiros.

## **Apoio à Comunidade**

Destacamos na análise das atas a interação do conselho regional de saúde da Ceilândia com a comunidade, percebemos que os conselheiros procuram destacar o papel do conselho, mesmo que eles participem e integrem entidades sociais procuravam destacar e representar o conselho dentro da comunidade, ao invés de simplesmente irem como representantes de suas respectivas entidades, nesse caso, destacamos o aniversário de Ceilândia, além da passeata contra a dengue, entrevista a rádios locais e escolas e demais notas de esclarecimento a população.

## **Eleição**

Nessa categoria destacamos das atas as eleições referentes a mesa diretora, secretario executivo, outros segmentos e o presidente do conselho.

Quanto a eleição para o presidente do conselho regional de saúde da Ceilândia, no último ano foi escolhido um conselheiro do segmento trabalhador, entendemos que essa decisão foi um passo bastante importante para o conselho, visto que anteriormente a cadeira era ocupada geralmente por gestores. Mas de acordo com as atas, observamos também que nessa eleição o candidato a vaga representante do segmento gestor, deixou clara impossibilidades, por questões pessoais, para ocupar o cargo, contribuindo para a escolha dos conselheiros pelo outro candidato do segmento trabalhador.

## **Composição e Estrutura**

Por fim temos a composição, onde se falou sobre a composição dos segmentos caso um dos conselheiros entregasse o cargo e indicações de pessoas para o segmento gestor. Quanto a estrutura foi falado sobre um espaço físico para o conselho, a aquisição de uma sala no HRC para poderem desenvolver suas atividades e equipamentos como computador, televisão e antena de TV que auxiliariam os conselheiros a desenvolverem melhor suas atribuições.

**Tabela 2- Assuntos reincidentes e encaminhamentos de 2010 á 2011**

Assuntos	Nº de reuniões	Encaminhamentos Propostos	Encaminhamentos Efetivados
Conferências de saúde	10		
Denúncias e queixas	08		
Realocação do CS01 para ambulatório	06	Ofício nº 03/2011 encaminhado para governador e deputados.	Sim
Regimento interno	06		
Reformas dos centros de saúde	05		
Dengue	04		
Modelo de atenção a saúde	04	Ofício nº 03/2011 encaminhado para governador e deputados.	Sim
Atenção primaria em saúde	04	Carta ao governador.	Sim
Visitas à maternidade	03	Documento para a secretaria.	
Demandas da regional	03		
GPID	03		
Sala do conselho	03		
PDPAS	03	Documento a secretaria de saúde para suprir as necessidades urgentes.	
Déficit de servidores	02	Encaminhamento do quadro a regional	
UPA e UBS	02	Ofício nº 03/2011 e 02/2011	Sim
CS do condomínio prive	01	Levar reclamação ao gerente do posto.	
Reforma do centro cirúrgico	02	Elaborar documento a secretaria de saúde	
Frequência de óbitos infantis na Ceilândia	01	Elaborar documento para a secretaria.	

Fonte: Elaborado pela autora a partir de análise as atas do CRSC.

Na tabela 2 selecionamos quais assuntos foram mais discutidos no CRSC, que foram reincidentes em várias reuniões. Além disso, verificamos se eles tinham algum encaminhamento e se o mesmo foi efetivado. Observamos que os assuntos mais reincidentes,



primeiramente, foram às conferências de saúde, isso se deu porque 2011 foi ano de conferência. Com a análise das atas percebemos que essa pauta era bastante recorrente, e que o CRSC procura ser bastante ativo nesse espaço. Talvez essa importância se de pelo fato de que a conferência de saúde é o local onde as demandas e necessidades da cidade poderão ser ouvidas e onde eles podem formular estratégias para a saúde a partir de sua realidade local, principalmente porque nesse período os conselheiros não tiveram discussões ou a elaboração do plano regional de saúde da Ceilândia, tendo as conferências como oportunidade para expor essas demandas.

Em segundo lugar temos as denúncias e reclamações, como já mencionado anteriormente, essas não eram formalizadas impedindo dessa forma um encaminhamento com documentações necessárias, dificultando assim a resolução desses conflitos, e a reincidência durante as reuniões. Além disso, vale salientar que a única denúncia formalizada, que resultou em uma resolução correspondia a denúncia de transferência sem justa causa de uma gestora, as reclamações dos usuários não foram resolvidas.

Logo depois temos a realocação do centro de saúde 01 para o atual ambulatório, aonde tivemos um documento para informar a mudança ao governo. Seguindo temos assuntos referentes à dengue, que foi um problema de saúde incidente durante o período do estudo selecionado e o regimento interno, o qual sofreu alterações e fez com que estivesse presente em muitas reuniões. As visitas à maternidade, como outros assuntos mencionados na tabela, foram recorrentes e tiveram encaminhamentos acordados pelo conselho, porém não foram efetivados. De acordo com a análise de atas, os encaminhamentos formalizados foram os ofícios nº02 e nº03 de 2011 e a carta ao governador, sobre atenção primária em saúde.

Dessa forma verificamos que existe um distanciamento entre os encaminhamentos propostos pelo conselho regional de saúde, e os encaminhamentos efetivados. Quando nos referimos em encaminhamentos efetivados, falamos de encaminhamentos que foram acordados dentro das reuniões, e que os documentos foram elaborados e entregues para os órgãos competentes. De acordo com a tabela, de 10 propostas de encaminhamento, apenas 4 foram efetivados, ou seja, apenas 40%.

Essa não formalização de encaminhamentos pelo conselho pode ter ocorrido pela facilidade de ter pessoas da gerência da regional de saúde dentro do conselho, dispensando a burocratização. Também podem ter ocorrido por encaminhamentos informais dos conselheiros, como conversas com representantes da secretaria de saúde sobre as necessidades de saúde da regional. Esse tipo de processo coloca em risco o trabalho do CRSC, porque não a garantia de que os interesses coletivos estejam sendo representados, muitas dessas conversas informais eram realizadas pelos gestores, e na informalidade esses conselheiros podem priorizar interesses individuais, para benefício próprio.

## **6. Considerações Finais**

O conselho regional de saúde da Ceilândia atua, principalmente no sentido de fiscalizar e propor estratégias para melhorar a saúde dentro da sua região administrativa, ele contempla em grande maioria, as atribuições estipuladas nas legislações.

Quanto à legislação e regulamentação que o conselho regional de saúde da Ceilândia busca esta em conformidade com o seu regimento interno e o que é preconizado pelo conselho nacional de saúde. Apesar das dificuldades o CRSC conseguiu ter um bom número de conselheiros presentes nas reuniões.

Quanto ao conteúdo e as pautas das atas, no período selecionado percebemos grande influência do segmento gestor quanto aos assuntos que foram discutidos dentro do CRSC, isso demonstra que a coordenação da regional de saúde, levava assuntos de seu interesse para serem discutidos. Porém observamos também, que o mesmo segmento se mostrou comprometido em apoiar e colaborar com os trabalhos do conselho regional, ou seja existe o jogo de interesses dentro do conselho, porém o trabalho e representação dos diferentes segmentos é de extrema importância.

Os assuntos mais discutidos foram referentes à fiscalização de obras e avaliação de medidas implantadas para a organização, e funcionamento dos serviços e formulações de estratégias para sua organização. O assunto mais recorrente, que apareceu em diversas reuniões, foi referente às conferências de saúde. O CRSC se mostrou bastante comprometido

e participativo dentro desses espaços, isso devido a relação que existe entre os conselhos regionais de saúde e o CSDF, onde inferimos que a grande participação dentro das conferências tem relação com a falta de apoio e reconhecimento do CRSC em relação ao CSDF.

No entanto, um assunto tão importante quanto às conferências, o plano regional de saúde da Ceilândia referente ao período de 2010 a 2015, não foi contemplado dentro das discussões do conselho. Isso pode ter acontecido talvez, porque dentro das conferências de saúde os conselheiros sentiam que as suas demandas eram mais “ouvidas” do que através do plano regional de saúde, ou por falta de conhecimento e capacitação, visto que nenhum curso foi abordado sobre esse tema e que foi o período de aprovação do regimento interno. Além disso, tivemos também muitas denúncias, mas apenas uma foi formalizada. Fazendo com que o conselho somente discutisse, e não tivessem um encaminhamento formal para a ouvidoria, dificultando uma possível resolução.

Em relação aos encaminhamentos para solucionar os problemas verificados, observamos que o conselho aprovou vários documentos para serem enviados a secretária de saúde do DF e CSDF, porém não foram efetivados. Pelo estudo das atas depreende-se que o conselho optou muitas vezes por encaminhamentos informais, como conversas com profissionais dos setores responsáveis, ou os próprios diretores e coordenadores da regional que tinham cadeira no conselho. Nesse sentido podemos destacar a estrutura física do HRC, e onde esta localizada a sala do CRSC, sua posição é muito próxima a sala do gestor, essa aproximação e facilidade corroboram com os tipos de práticas em relação aos encaminhamentos. Mesmo com ações informais, talvez se o CRSC tivesse enviado outros documentos de forma a fortalecer as causas, ganhariam mais visibilidades e talvez tivessem resolvido mais problemas, e alcançado outros objetivos. Além de minimizar as chances de que interesses pessoais se sobressaíam aos interesses do conselho.

Vale destacar que com o estudo das atas ficou claro, que a atuação do conselho regional de saúde da Ceilândia esta ligada, a forma com esta, se relaciona com o CSDF. Fazemos essas observações porque questões sobre financiamento aparecem muito pouco dentro das discussões do CRSC, dando grande atenção para a formação e as conferências de

saúde. Isso demonstra que os conselheiros tem o entendimento, que para terem uma participação efetiva, eles devem estar preparados e atuantes nas conferências de saúde, fazendo com que suas pautas, vontades e necessidades possam ser “ouvidas”.

Quanto às eleições, destacamos a escolha de um dos trabalhadores para ocupar o cargo de presidente, e como isso reflete um avanço dentro do conselho. Apesar da grande confiança depositada nos gestores, o CRSC conseguiu quebrar esse paradigma ao acreditar que outro segmento também é capaz de exercer esse papel.

Dessa forma acreditamos que para uma melhor atuação e efetiva participação e luta pelo controle social, o governo deve rever a legislação e a forma como são regulamentados os conselhos regionais de saúde. Eles devem ter um maior reconhecimento, participação e autonomia. Como foi dito por um dos conselheiros o ideal seria que os conselhos regionais como o da Ceilândia tivessem uma cadeira dentro do CSDF. Além disso, a formação constante dos conselheiros é de extrema importância para que possam exercer seus papéis e representar a comunidade. Os conselhos regionais de saúde devem ter maior poder de decisão referente aos interesses da população.

## 7. Referências Bibliográficas

BRAVO, M.I.S; MARQUES ,M.G. **Saúde e luta sindical:entre a reforma sanitária e o projeto de saúde privatista**.In:..Saúde,serviço social,movimentos sociais e conselhos: Desafios atuais.(org.) BRAVO,M.I.S;MENEZES,J.S.B. São Paulo:Cortez editora,2 ed.,2013.

BAHIA, L; SALM, C; MELLO, M.M. **A Participação Social e a Construção do SUS: Anotações sobre as Trajetórias dos Movimentos Sociais, e proposições acerca dos Conselhos e Conferências de Saúde.** Disponível em<<http://www.leps.ufrj.br/gestaops/APartSocialaConstSUS.html>> acesso em: 03/04/2015

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: edição 70, 2006.

BRASIL. **Conselho nacional de secretários de saúde**. SUS. CONASS, Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Coletânea de normas para o controle social no Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A à Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de secretarias municipais de saúde, 3 ed.,Brasilia: editora ministério da saúde ,2009.

\_\_\_\_\_.**Lei N° 8.080,de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.Brasil,1990.

\_\_\_\_\_.**Lei N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasil, 1990.

\_\_\_\_\_. **DECRETO Nº 31.625, de 29 de Abril de 2010.** Institui o Programa de Descentralização Progressiva de Ações de Saúde - PDPAS para as Diretorias Gerais de Saúde e as Unidades de Referência Distrital da Rede Pública de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2010. Disponível em: < <http://www.saude.df.gov.br/images/PDPAS/decreto%2031625.pdf>> acesso em : 10/04/2015

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO CSDF Nº 390, de 22 de Maio de 2012.** Resolve: Aprovar as diretrizes de reestruturação/organização e funcionamento dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/images/Conselho%20de%20Saude%20do%20DF/390.pdf>> acesso em: 10/04/2015

\_\_\_\_\_. **RESOLUÇÃO Nº 453, DE 10 DE MAIO DE 2012.** Resolve: Aprovar as seguintes diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2012/12\\_jun\\_resolucao453.html](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2012/12_jun_resolucao453.html)> acesso em: 15/04/2015

CÔRTEZ, S.V.(Org.). **Participação e saúde no Brasil.** Rio de Janeiro:Fiocruz, 2009.

**CARTA DE OTTAWA,** primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)> acesso em: 12/03/2015.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: 7 formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006. v. 1, p. 111-138. Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

DALFOVO, M.S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico.** Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008.

NASCIMENTO, A. **Súmula nº 81, Conselhos de saúde e controle social,** de julho de 2001, revista Radis, editora Fiocruz. disponível em: <<http://jararaca.ufsm.br/websites/saudesm/download/TextosInteressantes/Sumula81.pdf>> acesso em: 08/02/2015.

FLEURY, S. **Reforma sanitária brasileira: Dilemas entre o instituinte e o instituído.** Fundação Getúlio Vargas. Praia de Botafogo 190, Botafogo. Rio de Janeiro- RJ

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4<sup>o</sup> edição, editora Atlas, São Paulo, 2002.

GOULART, F. **Conferências de saúde na Encruzilhada**. Vereda saúde, 2014. Disponível em: <<http://veredasaude.com/2014/04/14/conferencias-de-saude-na-encruzilhada/>> acesso em: 04/03/2015.

GIAQUETO, A. **A descentralização e a intersectorialidade na política de assistência social**. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010

GOMES, E. G. M. **Conselhos Gestores de Políticas Públicas: Democracia, Controle Social e Instituições**. São Paulo: EAESP/FGV, 2003, 110 p. (Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Mestrado de Administração Pública e Governo da EAESP/FGV, Área de Concentração: Governo Local e Sociedade Civil).

GRZYBOVSKI, D. **Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafio**. RAC, Curitiba, v. 15, n. 4, pp. 731-747, Jul./Ago. 2011.

LOBATO, L. V. C. Prefácio. In: **Participação, Democracia e Saúde**/ Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras). Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

OLIVEIRA, I. **O controle social nas conferências nacionais de saúde: Concepções, avanços e limites**. Universidade Federal de Alagoas- UFAL, Faculdade de Serviço Social Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado, 2009.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas**. In: Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde – contradições e desafios em 20 anos de SUS. (Org.) MATTA, Gustavo Correa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e a crítica**. 2007, Salvador, tese de doutorado: instituto de saúde coletiva, UFBA.

\_\_\_\_\_. **Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e promoção da saúde**, UFBA, 2001.

PINGARILHO, C. **Breve história da reforma sanitária brasileira**. Disponível em: <<http://wwwsaudedafamilia.blogspot.com.br/2010/02/o-final-da-decada-de-80-no-brasil-foi.html>> acesso em: 11/03/2015.

PARENTE, L.B.M. **Participação social como instrumento para a construção da democracia: A intervenção social na administração pública brasileira.** Universidade de Brasília, Curso de Especialização em Direito Público e Controle Externo. Brasília, DF, 2006.

PINA, A.R; CARDOSO, A.J.C. **Participação Popular em Saúde: Um Estudo Sobre o Conselho Regional de Saúde de Ceilândia.** Distrito Federal. Rev. Tempus Actas Saúde, 2013.

QUEVEDO, A.L.A; HECK, R.M; BELLETTI, L.G; BARBOSA, A.G. **O conselheiro regional de saúde como ator do controle social e da participação popular.** Rev. Enfermagem e saúde, Pelotas, RS, 2011.

ROLIM, L.B; CRUZ, R.S.L.C; SAMPAIO,K.J.A.J.**Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SOUZA, R.H. **O sistema público de saúde brasileiro.** Ministério da saúde, São Paulo, Brasil, 2002.

SILVA, A.X. **A reforma sanitária brasileira em debate.** UFPE, 2011.

SOUZA, O.T; SILVA, J.M; NOBREGA, S.S; CONSTANCIO, J.F. **Controle social: um desafio para o Conselheiro de saúde.** Rev. Bras. de enfermagem, Brasília, 2012.

SOUZA, M.F. **Comunicação e democracia nos conselhos de saúde: Um estudo sobre os processos deliberativos do Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.** Ministério da saúde, Fundação Oswaldo Cruz, instituto de comunicação e informação científica e tecnológica em saúde. Rio de Janeiro, 2011.

SHIMIZU, H.E;PEREIRA,M.F;CARDOSO,A.J.C;BERMUDEZ,X.P.C.D. **Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS.** Ciênc. saúde coletiva. 2013, vol.18, n.8.

TORO, J.B; Werneck, N.M.D. **Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação.** UNICEF,BRASIL, 1996.



## Apêndice A

**Quadro 1- Categorias e subcategorias dos assuntos das atas do CRSC de 2010 a 2011**

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Frequência total</b>
Composição	Composição do segmento gestor em caso de entrega do cargo por um de seus integrantes.	03
	Nova composição do segmento gestor.	
	Indicação de nome para o segmento gestor.	
Regulamentação	Entrega de documentação dos representantes dos trabalhadores para a posse.	09
	Comissão para a correção ortográfica do regimento interno.	
	Revisão, modificação e aprovação do regimento interno.	
	Observação de erros no regimento interno.	
	Comissão do regimento interno.	
	Desligamento de conselheiros por falta.	
	Atribuições dos conselheiros	
	Regimento interno.	
	Comissão de revisão do regimento interno.	
Eleição	Eleição do segmento trabalhador.	05
	Eleição da mesa de diretoria e presidente.	
	Eleição do novo secretario executivo.	
	Eleição do novo presidente para 21/2.	
	Eleição do presidente.	
Estrutura	Apresentação da sala do conselho.	04
	Mudança da sala do conselho.	
	Equipamentos da sala do conselho.	
	Reunião com o diretor sobre a sala do conselho.	

Formulação de estratégias para a organização dos serviços	Necessidade de local especializado para atendimento de saúde mental.	25
	Projeto para a ampliação do espaço físico, proposta de realocação do CS nº 01 para ser o bloco ambulatorial.	
	Criação de uma comissão dentro do hospital para verificar os possíveis locais de proliferação do mosquito da dengue.	
	Redigir documento a secretaria de saúde para suprir as necessidades urgentes (PDPAS).	
	Reforma do centro cirúrgico (infiltração, piolhos e pombos).	
	Comprar tinta que repeli pássaros.	
	Participação em reunião na câmara legislativa sobre o ESF.	
	Escolha de comissão para se reunir com o secretário de saúde e governador.	
	Documento que será entregue ao governador sobre atenção primária a saúde na Ceilândia.	
	Escolha da comissão para entrega do ofício.	
	Caso o governador não der resposta, acionar a comissão de saúde da câmara legislativa.	
	Inauguração da UPA.	
	Entrega do documento ao governador.	
	Reunião com o deputado.	
	Discussão sobre a reformulação do modelo de saúde vigente, reforçar a ESF.	
	Problemas de usuários com prontuários.	
	Foi proposto a informatização do sistema. A regional adquiriu 185 computadores.	
	O não cumprimento do Expediente pelos médicos diminuirá com a informatização.	
	Debate sobre troca do modelo de atenção pela estratégia de saúde da família.	
	Incluir a NRAD no novo modelo de atenção.	
	Votação aprovado por plenário por vaga exclusiva para visitação dos pais.	
	Agenda política do CNS.	
	Manual de orientação dos serviços para os usuários.	
Reforma do centro cirúrgico.		
Deficit de servidores, encaminhamento para regional e convocação do gerente para esclarecer atual quadro		

Fiscalização e Controle	O PDPAS esta sendo usado para outra finalidade (compra de materiais e procedimentos ambulatoriais)	25
	Notícia de que a diretoria do hospital foi ao centro para a implantação das subespecialidades e houve resistência dos funcionários.	
	Não houve planejamento de compra, mas sim aquisição emergencial com os valores do PDPAS.	
	Noticias sobre a situação dos ACS's que estão com problema em seu contrato de trabalho.	
	Informações das reformas sobre os centros de saúde.	
	Exibir os resultados da reunião a ser realizada entre os servidores do CS 01 e a comunidade.	
	Mais notícias sobre as reformas dos centros de saúde.	
	Informação sobre a reforma do centro cirúrgico do HRC.	
	Escolher integrantes para as comissões permanentes.	
	Discussão sobre votação para a comissão permanente para o próximo ano.	
	Votação para comissão temática.	
	Comissão temática para o acompanhamento das reformas dos centros de saúde da Ceilândia	
	Noticias sobre a construção da anatomia patológica e as reformas nos centros de saúde.	
	Informações sobre equipes de saúde da família que estão desalojadas (ambiente de trabalho).	
	Comissão de fiscalização das reformas dos centros de saúde.	
	Reformas dos centros de saúde.	
	Informe sobre a apresentação técnica para o secretario de saúde, upa e ubs.	
	Informe sobre o encontro com os deputados com documento sobre a situação das áreas para as upas e ubs.	
	Em relação ao problema no posto de saúde do condomínio prive, levar a reclamação ao gerente do centro de saúde.	
	Informes sobre o Atual quadro da APS na Ceilândia.	
	Informe da extinção do acolhimento por falta de atendimento.	
	Problema no atendimento dos centros de saúde para a comunidade.	
	Informação sobre a dificuldade dos usuários em conseguir atendimento no pronto-socorro	
	Reformas dos centros de saúde	
	Reunião no cs n° 01 com a comunidade.	

Avaliação	Apresentação de dados sobre o atual quadro de saúde mental da regional.	09
	Discussão sobre demanda do espaço físico do HRC para as especialidades medicas.	
	Dados sobre as demandas do HRC.	
	Dados sobre o numero de óbitos por dengue de 2009 a 2010.	
	Esclarecimento dos coordenadores dos projetos de reforma dos centros de saúde.	
	Conselho propõe comissão composta por técnicos ligados à área da maternidade para discorrer sobre a normatização.	
	Avaliação da proposta discutida de mudança do modelo de atenção básica tradicional para estratégia de saúde da família.	
	Chamar gerente do setor de RH para falar do atual quadro de servidores.	
	Chamar o comitê de óbitos infantis para esclarecer o aumento da frequência na Ceilândia.	
	Denúncias e Reclamações	
Escolha de um representante para ser responsável pelas reclamações e denúncias.		
A ouvidoria deve repassar informações para o conselho, sempre apresentar nome e cargo dos envolvidos.		
Noticias sobre a denuncia formalizada por paciente ao CRSC por maus tratos sofridos por seu irmão de um medico.		
Baixo assinado em defesa de transferência de servidora do centro 07.		
Comissão investigativa sobre servidora		
Líder religioso foi barrado no HRC, convocar os servidores e gestores envolvidos com a capelania para esclarecimentos sobre a presença dos líderes.		
Reclamação de um paciente, que foi atendido por um medico, e ele não deu relatório com o quadro do paciente.		

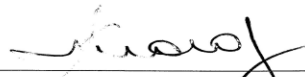
Conferências	Eixos da conferência de saúde mental da Ceilândia.	12
	Levar as necessidades da regional para a XI plenária de conselheiros de saúde do DF.	
	Escolha da comissão para a 8º conferência de saúde.	
	Informe sobre as conferências locais e regionais, 8º conferência de saúde do DF, e comissão organizadora.	
	Material formulado de orientação para os centros de saúde sobre os temas das conferências, além do acompanhamento do conselho para esclarecimentos.	
	8º conferência de saúde do DF.	
	Informe sobre a conferência região oeste.	
	Logística da 8º conferência de saúde do DF.	
	Conferência distrital.	
	Avaliação sobre a participação na conferência de saúde do DF.	
	Notícias sobre as pré conferências de assistência social no DF.	
	14º conferência nacional de saúde.	
Apoio à Comunidade	Divulgações do CRSC para a comunidade através de jornal e site.	05
	Fazer nota de esclarecimento a comunidade sobre o centro de saúde nº01.	
	Conferência radio aliança com entrevistas marcadas nas escolas e em outros locais.	
	Passeata contra a dengue.	
	Aniversario de Ceilândia.	

Formação dos conselheiros	GTPID- programa de inclusão digital.	17
	Informe sobre a programação do conselho de saúde do DF.	
	O CNS mais a secretaria de gestão estratégica e participativa e o DATASUS oferecem curso de inclusão digital para os conselheiros.	
	Relato da participação do dia “D”.	
	Curso de inclusão digital (relato).	
	Seminário nacional de atenção primária em saúde (relato).	
	Curso de capacitação para conselheiros de saúde.	
	Relato da participação do fórum de articulação dos conselhos de saúde do DF.	
	Relato do curso de relacionamento interpessoal e atendimento em excelência.	
	Relato curso de desenvolvimento interpessoal.	
	Relato do I encontro de avaliação política de gestão estratégica e participativa (participasus).	
	Relato do I encontro de avaliação política de gestão estratégica e participativa (participasus)	
	Evento sobre doenças raras.	
	Curso de atendimento ao usuário para servidores pelo nesp.	
	Eleição dos conselheiros que irão fazer o curso do neps.	
	Curso CODEBE/FEPECS	
	Relato da participação do dia D.	

**Anexo A****AUTORIZAÇÃO**

Eu, **ANDRECINDA ROCHA DE MORAIS PINA**, presidente do Conselho Regional de Saúde de Ceilândia (CRSC), **AUTORIZO** a aluna *Nathalia Pereira da Silva* a ter acesso a documentos produzidos pelo Conselho necessários à elaboração do seu Trabalho de Conclusão de Curso, respeitados os dispositivos constantes do Regimento Interno e/ou resoluções emanadas do Pleno do CRSC.

Atenciosamente,



\_\_\_\_\_  
**Andrecinda Rocha de Moraes Pina**  
Presidente do Conselho Regional de saúde da Ceilândia

Ceilândia - DF, 20 de abril de 2015.