

Participação Popular em Saúde: Um Estudo Sobre o Conselho Regional de Saúde de Ceilândia, Distrito Federal.

Popular Participation in Health: A Study of the Regional Health Ceilândia, Distrito Federal.

Participación Popular en Salud: Un estudio de la Regional de Salud Ceilândia, Distrito Federal.

Andrecinda Rocha Pina¹

Antonio José Costa Cardoso²

RESUMO

A questão da participação popular para o exercício do controle social do Sistema Único de Saúde é especialmente importante para o debate da política de saúde no Brasil e, conforme estabelecido na Lei 8142 de 1990, essa participação deve ser realizada por meio dos conselhos e conferências de saúde. O presente artigo estuda a participação popular em saúde no Conselho Regional de Saúde de Ceilândia, Distrito Federal, problematizando em torno do exercício do controle social exercido pelos conselheiros do respectivo colegiado. Esta pesquisa teve por objetivo geral entender como se dá a Participação

Social no Conselho Regional de Saúde de Ceilândia na gestão 2010-2011, buscando especificamente entender sua dinâmica de funcionamento. Partindo de uma abordagem metodológica qualiquantitativa, utilizamos como procedimento a análise documental, com levantamento de dados relativos à dinâmica de suas reuniões. Depreende-se do estudo realizado a participação expressiva dos segmentos integrantes. A grande maioria dos assuntos pautados foi proposta, especialmente, pelo segmento gestor. Entretanto, os itens em discussão revelam que os interesses dos usuários e trabalhadores permeavam com mais frequência os debates. Por fim, conclui-se que, em um contexto geral, o Conselho Regional de Saúde de Ceilândia é um fórum político legítimo e atuante, com atuação decisiva nas deliberações das ações e serviços de saúde a nível local.

Palavras-chave: Participação; Conselho; Controle; Gestão; Democracia.

ABSTRACT

The issue of popular participation in the

1 Graduada em Ciências Econômicas (UCB/DF). Graduada em Direito (UCB/DF). Especialista em Direito Público (Faculdade Processus/DF). Especialista em Direito Sanitário pela Fundação Oswaldo Cruz Brasília.
2 Médico, mestre em Saúde Comunitária, doutor em Saúde Coletiva, professor adjunto do departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB), coordenador do curso de graduação em Gestão em Saúde Coletiva, membro da câmara de ensino de graduação da UnB e da Comissão Interinstitucional de Educação Permanente em Saúde do Distrito Federal.

exercise of social control Health System is especially important for the health policy debate in Brazil and, as stated in the Law 8142/1990, this participation must be done through the advice and health conferences. This paper studies popular participation in health in the Regional Health Ceilândia, Distrito Federal, questioning around the exercise of social control exercised by the directors of the respective collegiate. This research aimed to understand how was the Social Participation in the Regional Health Management Ceilândia in 2010-2011, specifically seeking to understand the dynamics of their operation. From a qualitative-quantitative methodological approach, we use the procedure as document analysis, with survey data on the dynamics of their meetings. It appears from the study, the significant participation of members segments. The vast majority of themes treated was proposed, especially, by segment manager. However, the items under discussion reveal that the interests of workers and users permeates, most frequently the discussions. Finally, we conclude that, in a general context, the Regional Council of Health Ceilândia is a legitimate political forum and active, with a decisive role in the deliberations and actions of health services at local level.

Keywords: Participation; Council; Control; Management; Democracy.

RESUMEN

La cuestión de la participación popular en el ejercicio del sistema de control social, la salud es especialmente importante para el debate sobre políticas de salud en Brasil y, como se dice en la Ley 8142/1990, esta participación debe hacerse a través de la asesoría y

conferencias de salud. En este trabajo se estudia la participación de la población en materia de salud en el Regional Ceilândia Salud, Distrito Federal, el cuestionamiento en torno al ejercicio del control social ejercido por los directores de los respectivos colegiados. Esta investigación tuvo como objetivo comprender cómo el general de Participación Social en la Gestión Sanitaria Regional Ceilândia en 2010-2011, específicamente tratando de comprender la dinámica de su funcionamiento. Desde un enfoque metodológico cualitativo-cuantitativo, se utiliza el procedimiento de análisis de documentos, con datos de la encuesta sobre la dinámica de sus reuniones. Se desprende del estudio, la participación significativa de los segmentos de los miembros. La gran mayoría de los sujetos se propuso guiado especialmente por el administrador de segmentos. Sin embargo, los puntos en debate revelan que los intereses de los trabajadores y de los usuarios más frecuentes incidir sobre el debate. Por último, llegamos a la conclusión de que, en un contexto general, el Consejo Regional de Salud Ceilândia es un foro político legítimo y eficaz, con un papel decisivo en las deliberaciones y acciones de los servicios de salud a nivel local.

Palabras clave: Participación; Consejo, Control, Gestión, Democracia.

INTRODUÇÃO

A Constituição de 1988, ao consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS), insculpiu em seu texto o direito à participação da população no controle das políticas públicas de saúde. A Lei 8.142/90 regulamentou esse direito, ou seja, a participação da comunidade na gestão do SUS.

Na organização dos serviços de saúde, conforme a lei supra, há a necessidade de incorporar a participação da população na formulação, fiscalização, execução e manutenção de políticas que visam atender as necessidades de cada localidade. Assim, foram pensados mecanismos institucionais, tais como os Conselhos e Conferências de Saúde, para o exercício do controle social.

O SUS é regido por um conjunto de princípios, dentre eles o direito da Participação social, segundo o qual a população de forma democrática participa dos processos decisórios, formulando e fiscalizando a execução das políticas de saúde.

Neste sentido, o presente artigo tem como objetivo estudar a participação popular em saúde no Conselho Regional de Saúde de Ceilândia no Distrito Federal, problematizando em torno do exercício do controle social exercido pelos conselheiros do respectivo colegiado.

No Distrito Federal (DF), além do Conselho Distrital de Saúde, que tem as mesmas atribuições dos conselhos estaduais e municipais de saúde, existem os conselhos regionais de saúde, com atribuições menos burocráticas que aquele, na medida em que as Regiões de Saúde do DF são estruturas desconcentradas da Secretaria de Estado de Saúde do DF, como veremos adiante.

Esta pesquisa teve por objetivo geral estudar como se dá a Participação Social no Conselho Regional de Saúde de Ceilândia na gestão 2010-2011, tendo-se buscado, especificamente, analisar a dinâmica de funcionamento do CRSC.

O artigo está organizado em três partes: a primeira faz uma pequena revisão bibliográfica sobre os temas relacionados à participação popular; a segunda parte traz a metodologia empregada para a construção do artigo; e a terceira parte apresenta os resultados da pesquisa empírica empreendida enquanto, concomitantemente, analisa os resultados obtidos a partir dela. Com isto, pretende-se fornecer subsídios que permitam uma possível qualificação do trabalho dos Conselheiros Regionais de Saúde de Ceilândia no exercício do controle social, de forma a contribuir para a melhoria da gestão pública, a nível local, tecendo-se assim, também, um panorama do controle social a partir das ações do Conselho Regional de Saúde.

DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO POPULAR: BREVE REVISÃO

O século XX apresentou ricos debates e discussões acerca do tema democracia que resultaram em teorias que ora consideram a participação da sociedade fonte de desequilíbrio da democracia, ora consideram caminho para a justiça social. Até por força desse debate, tornou-se possível estudar novas formas de participação da sociedade civil¹.

Sendo o Brasil um país em fase de consolidação de sua democracia, já apresenta experiência de participação popular no que se refere à saúde, pois o Movimento de Reforma Sanitária nasceu e se desenvolveu em tempos não democráticos.

Assim, o direito à saúde, defendido na Reforma Sanitária, traz, intrinsecamente à sua constituição, o apoio, a participação e a pressão dos setores populares. Em outras palavras,

o direito social de ter garantida a condição de saúde de uma população supõe o próprio movimento dessa população em conseguir o reconhecimento e a efetivação desse direito².

De outro modo: “A saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (p. 4)³. Como bem destaca Alves (2008), é no modelo democrático participativo que o cidadão deixa de ser mero expectador para ser ator principal no processo de construção política, pois neste modelo é imprescindível o envolvimento da população para reduzir desigualdades próprias do modo de produção capitalista, mas utilizando os mecanismos já disponíveis da democracia representativa.

Segundo Coelho *et al*⁴, para ampliar o potencial de transformação social da democracia é preciso ir além da consolidação de suas dimensões formais e estruturais. Paralelamente à garantia constitucional de eleições regulares, partidos independentes, liberdade de expressão e associação, necessário se faz instituir mecanismos capazes de promover maior envolvimento dos cidadãos, maior transparência e um fluxo de informações mais amplo e horizontal nas decisões sobre políticas públicas⁴.

Os conselhos surgem então como desdobramentos do movimento popular de saúde, consistindo em fóruns públicos para, entre outras coisas, reivindicação de melhorias no sistema de saúde⁵. Tal movimento teve forte influência na proposição do Sistema Único de Saúde (SUS) e importante papel na redemocratização do país. Sendo os conselhos

fóruns participativos, podem ser analisados e pensados através da Teoria da Democracia Deliberativa⁵.

Considera o autor que, apesar da democracia ser um assunto amplamente debatido e aceito, é fluido e diversificado, o que requer uma breve apresentação dos fundamentos e conceitos associados ao termo para assim melhor demarcar a relação entre participação e deliberação popular, objeto deste trabalho.

Segundo Romão Neto⁵, pode-se enquadrar esse debate sobre a democracia em duas grandes arenas: a liberal e a republicana. O primeiro grupo destaca a função de programar o Estado no interesse da sociedade – sendo o Estado o aparato de administração pública, e a sociedade o sistema de relações entre pessoas privadas e seu trabalho social, estruturados em termos de uma economia de mercado. Nesse sentido, a formação política dos cidadãos tem por função agregar e impor interesses sociais privados frente a um aparato estatal especializado no emprego administrativo do poder político, visando garantir fins coletivos.

Para os republicanos, por outro lado, a democracia não se esgota em um processo de mediação, sendo elemento constitutivo de todo o processo de formação da sociedade. Assim, a estruturação de espaços públicos, políticos e da sociedade civil assume o papel estratégico de garantir a força integradora e a autonomia da prática de entendimento entre os cidadãos⁵.

Desta compreensão de que a participação está fundamentada em noções de teoria econômica e democracia social, no sentido de dotar a convivência humana de maior equidade no acesso a bens materiais e culturais, extrai-se o

desafio imposto à democracia representativa de desempenhar bem a representação e assegurar igualdade econômica e cultural, além de gerar formas eficientes de participação e deliberação popular no e acerca do Estado⁵.

Por outro lado, Figueiredo (2001) define os Conselhos de Saúde (CS) como arranjos institucionais do setor saúde abertos à participação da sociedade civil organizada a partir das reformas setoriais que culminaram na criação do SUS.

Nessa linha, foi a partir de 1990, quando foram aprovadas as Leis 8.080 – Lei Orgânica da Saúde – e a 8.142, que dispõe sobre os Conselhos de Saúde (CS) em âmbito nacional, que esses espaços passaram a fazer parte da organização do setor saúde, com a finalidade de materializar o cumprimento do princípio constitucional da “participação da comunidade” e também o controle social sobre as ações e serviços de saúde do SUS.

A Lei 8.142/90 positiva esse controle, atribuindo aos CS caráter permanente e deliberativo e competências para participar:

Na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões deverão ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (p. 1)⁶.

A Reforma Sanitária, movimento iniciado em meados da década de 70, é uma proposta democratizante fundada nos princípios da equidade, na garantia da saúde como direito social e na construção de um poder

local fortalecido pela gestão democrática. Incorporaram-se ao conceito de saúde os seus determinantes sociais em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população, superando o paradigma clínico de atenção às enfermidades, o que projetou uma nova divisão do trabalho, que atua em todas as funções inerentes à promoção, prevenção e reabilitação da saúde (p.14)⁷.

A Constituição de 1988 absorveu os anseios da Reforma Sanitária na medida em que postulou a construção de uma sociedade mais justa e livre, baseada no aprofundamento da democracia participativa como principal mecanismo para se atingir a dignidade, a liberdade e a justiça social.

Posto isso, conforme Figueiredo⁷, os conselhos de saúde aparecem enquadrados numa estratégia institucional que tem por finalidade abrir as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada, reforçando assim a dinâmica social no sentido de sua organização em associações de interesse.

O mesmo autor coloca que para se alcançar esse objetivo é necessário ir além da diminuição das desigualdades sociais mediante melhor distribuição da renda. Considera necessário que também haja mudanças nos valores, atitudes e práticas que informam a consciência do cidadão. Sendo, em regra, considerado apenas consumidor, o cidadão deve passar a agir como executor e “desfrutador” da execução e do desenvolvimento de suas capacidades. E diz que, para isso, é necessário fortalecer na sociedade o sentido de “comunidade cívica” detentora de uma “cultura cívica”⁷.

Cultura cívica é aquela que sustenta

orientações políticas participativas, nas quais o indivíduo, além de orientado para os mecanismos de ingresso no sistema político, tem conhecimento dos processos e estruturas do sistema de maneira geral. Dele se espera que esteja envolvido nas questões políticas de forma racional, que seja bem informado, confiante e alocado em um sistema político democrático⁵.

Originou-se, assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), como parte substantiva de um grande “Projeto de Nação” chamado Brasil, como direito constitucional e regulamentado pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, esta tratando da participação da comunidade na gestão do sistema Único de Saúde através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

Conforme a lei supra, a composição dos conselhos deve ser paritária, sendo 50% dos conselheiros representantes dos usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços ao sistema. Observe-se que o maior percentual de participação é de usuários, pois configuram os destinatários da política de saúde⁶.

Sob certas condições de estruturação dos processos participativos de organização da sociedade civil e de envolvimento dos gestores públicos, ocorrem ganhos redistributivos e aumento da participação de setores sociais tradicionalmente marginalizados. Destaca ainda a importância dos processos de mobilização para garantir o direito à participação dos atores que possuem menos recursos⁴.

O CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA

Ceilândia é uma região administrativa do Distrito Federal 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 àquela época⁸.

Atualmente com mais de 398.374 habitantes, Ceilândia é a região administrativa de maior população do Distrito Federal, e a cidade mais nordestina do Distrito Federal⁹.

A cidade foi dividida originalmente em três grandes áreas: Ceilândia Norte, Ceilândia Centro, Ceilândia Sul e Guariroba (esses três primeiros, juntamente com parte da Guariroba, formavam o setor tradicional)⁸.

Ceilândia hoje é subdividida em diversos outros bairros, como: Setor “O”, Expansão, P Norte, P Sul, QNQ e QNR, que em sua grande maioria, são densamente povoados⁸.

Ceilândia tem uma economia forte, baseada principalmente no comércio e na indústria, sendo considerada também um celeiro cultural e esportivo, por conta de sua riquíssima diversidade artística e pelos atletas da cidade que despontam no cenário nacional e mundial¹⁰.

O Setor de Indústrias de Ceilândia é um dos principais do Distrito Federal. As maiores fábricas são de pré-moldados, alimentos e móveis.

Ceilândia é a região administrativa com o maior número de comerciários do DF (100 mil), possui uma população economicamente ativa de 160 mil pessoas e pode-se verificar também uma grande quantidade de feiras na região, como a Feira Central - a principal, exemplo de um empreendimento informal, pelo qual a cidade também pode se fortalecer¹⁰.

As chamadas “Estradas Parques” fazem a ligação rodoviária entre Ceilândia e Brasília. São três as vias de acesso: DF 085 Estrada Parque Taguatinga (EPTG), ou “Linha Verde”, DF 095 Estrada Parque Ceilândia (EPCL), ou “Via Estrutural” e DF 075 Estrada Parque Núcleo Bandeirante (EPNB)⁸.

A rodovia federal BR-070, que margeia o setor norte da cidade, dá acesso aos municípios goianos de Águas Lindas de Goiás e Pirenópolis⁸.

Ceilândia é servida por cinco estações do Metrô do Distrito Federal: Ceilândia Sul, Guararoba, Ceilândia Centro, Ceilândia Norte e Ceilândia. Outras duas encontram-se em construção. Há vários terminais de ônibus urbanos, de onde partem ônibus para várias cidades do DF⁸.

A Regional de Saúde de Ceilândia conta com um hospital regional e doze centros de saúde. Em Ceilândia o movimento pela saúde teve início antes de sua transferência, pois juntamente com a luta pelo direito à moradia regular estavam também as lutas por escolas e unidades de saúde dentre outras, porém em um cenário de repressão política e cultural e desigualdades sociais muito acentuadas. Por ocasião de sua transferência, intensificou-se a participação popular pela obtenção de serviços

de saúde, antes inexistentes naquele local¹¹.

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. Como afirma Romão Neto, esta política era usual nas localidades em que o Partido dos Trabalhadores governava, pois tem por prática criar canais de interlocução com a sociedade⁵.

Em 1999, o Partido dos Trabalhadores perdeu a eleição distrital. Os registros do Conselho Regional de Saúde de Ceilândia do período compreendido entre 1999 e 2002 não foram encontrados.

Assim, só em 2002, o Conselho Regional de Saúde de Ceilândia voltou a desenvolver seus trabalhos e, na abertura do livro ata do conselho, ficou registrada a seguinte observação: “ressalto que ao iniciar este trabalho, não foi localizado o livro ata anterior e nem os demais documentos do Conselho Regional de Saúde de Ceilândia. Ceilândia, 15 de outubro de 2002”¹¹.

Atualmente, o CRSC é um dos dezenove conselhos regionais de saúde em funcionamento no Distrito Federal.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso – a atuação do Conselho Regional de Saúde de Ceilândia, no período de 2010/2011 –, qualitativo, realizado a partir de análise documental, consubstanciada nas atas do referido Conselho.

Empreendeu-se uma investigação empírica

sobre a participação dos conselheiros de saúde do CRSC no processo que se convencionou chamar de controle social do SUS. Foram utilizadas como fontes de informação as atas das reuniões e das convocatórias no período de 2010/2011, bem como o regimento interno do conselho.

O CRSC é composto por dezesseis conselheiros titulares e dezesseis suplentes. A população definida para este estudo foi composta pelo total de membros conselheiros titulares componentes do CRSC, ou seja, os dezesseis membros.

As variáveis utilizadas foram: a frequência média das reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho estudado; o exercício da presidência de seus trabalhos; a frequência média dos participantes distribuídos segundo segmento (representantes dos gestores, trabalhadores e usuários); a relação pauta prevista/realizada; propositores das pautas e deliberações e beneficiários das deliberações.

Com a finalidade de conhecer melhor os dados antes de uma análise mais profunda, realizou-se o lançamento dessas informações em um banco de dados no aplicativo Excel 2010 e, posteriormente, os mesmos foram transferidos para uma tabela do aplicativo Word 2010.

Os dados apresentados foram obtidos a partir do cálculo da média aritmética simples e do desvio padrão nas séries numéricas analisadas.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Apresentamos agora os resultados da pesquisa.

O Quadro 1 trata da frequência de realização das reuniões ordinárias e extraordinárias do CRSC, bem como da presidência de seus trabalhos.

Observe-se que aconteceram dezessete reuniões ordinárias e sete reuniões extraordinárias no período estudado.

O Regimento interno do conselho prevê a realização de vinte e quatro reuniões ordinárias, o que aparentemente não foi respeitado. Porém, nesse ínterim, ocorreram reuniões extraordinárias para emendar o Regimento interno; para preservar áreas já destinadas para construção de unidades de saúde; eleição do presidente do CRSC e compor comissão organizadora das pré-conferências de saúde; e uma reunião preparatória da XIV Conferência Nacional de Saúde.

Neste ponto, torna-se importante perceber que, apesar de não terem ocorrido todas as reuniões ordinárias como previsto no RI, com a realização das sete reuniões extraordinárias manteve-se o intervalo médio de trinta dias entre elas. Sendo assim, conclui-se que o regimento foi respeitado tanto no número de reuniões quanto no intervalo entre elas.

Quanto à presidência dos trabalhos nestas reuniões, note-se que dezesseis foram presididas pelo presidente do CRSC e oito pela Mesa Diretora.

O Regimento Interno do CRSC prevê que na ausência do presidente as reuniões devem ser presididas pela Mesa Diretora, a qual é composta por representantes dos segmentos gestor, trabalhador e usuário. Sendo assim, em sete ocasiões, foi o que ocorreu.

A flutuação ocorrida na presidência das reuniões do Conselho no período analisado por este estudo decorre em grande parte da ausência de presidente eleito pelo plenário. Por meio da leitura das atas é possível constatar que a cada mudança do gestor designado para chefiar a Regional de Saúde de Ceilândia, o CRSC era obrigado a refazer o processo de indicação e eleição do presidente do conselho, transferindo a condução dos trabalhos nessas ocasiões à mesa diretora. O que permite inferir que era tradição no CRSC a presidência ser ocupada pelo diretor da Regional de Saúde.

Tal fato permitiu que, por diversas ocasiões, não se realizasse reuniões regulares ou adiasse

os encontros justamente pelo esvaziamento do segmento gestor do colegiado. A situação persistiu até a indicação e eleição para o cargo de presidente de um representante do segmento trabalhador.

Em nossa opinião, esse fato demonstra que o CRSC já vem avançando no sentido de afastar a presidência do conselho da gestão do sistema de forma que suas decisões se aproximem mais do princípio da participação popular previsto na Constituição Federal, mas trata-se de tema polêmico na medida em que, no período 2011/2012, o Conselho Nacional de Saúde foi presidido pelo Ministro da Saúde.

QUADRO 1 - Reuniões do Conselho Regional de Saúde de Ceilândia no período 2010/2011.

DATA	ORDINÁRIA		PRESIDÊNCIA		EXTRAORDINÁRIA	PRESIDÊNCIA	
	REALIZADA	NÃO REALIZADA	PRES.	MESA		PRES.	MESA
2010							
13/01/10	X		X				
29/01/10	X		X				
02/2010		X					
03/2010		X					
12/04/10	X		X				
05/2010		X					
06/2010		X					
2011							
07/2010		X					
16/08/10	X		X				
13/09/10					X	X	
20/09/10	X		X				
19/10/10	X		X				
22/11/10	X		X				
13/12/10	X		X				
2011							
31/01/11	X		X				
14/02/11					X		X
21/02/11	X			X			
03/03/11					X		X
28/03/11	X		X				
01/04/11					X		X
18/04/11					X		X
26/05/11	X			X			
30/05/11					X		X
30/06/11	X		X				
07/2011		X					
04/08/11	X		X				
15/09/11	X		X				
14/10/11	X		X				
03/11/11	X		X				
12/2011		X					

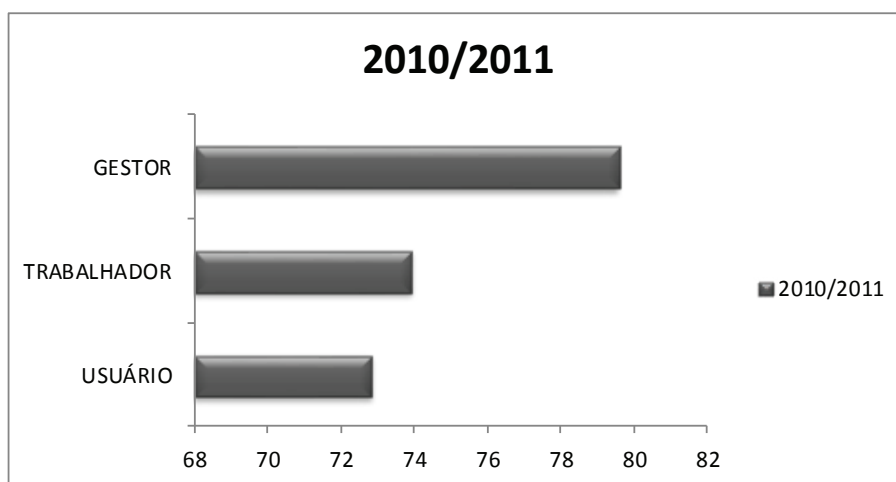
Fonte: Elaborado pela autora com base nas atas das reuniões ordinárias do CRSC.

QUADRO 2 - Frequência média dos participantes por segmento no período 2010/2011. continua

REUNIÃO	USUÁRIO								TRABALHADOR				GESTOR			
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	1	2	3	4
13/01/10	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
29/01/10	X	X	X	X	X	X	X	X					X			
12/04/10	X	X	X	X	X	X	X		X	X			X			
16/08/10	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	
13/09/10	X	X	X						X	X	X	X	X	X	X	X
20/09/10	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
19/10/10	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X	X	X
22/11/10	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X	X	
13/12/10	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
31/01/11	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	
14/02/11	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X
21/02/11	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	
03/03/11	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X
28/03/11	X	X	X	X	X	X			X	X	X		X	X	X	X
01/04/11	X	X	X	X	X				X	X			X	X	X	X
18/04/11	X	X	X	X					X	X	X		X	X	X	
26/05/11	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X
30/05/11	X	X	X	X					X	X			X	X	X	
30/06/11	X	X	X	X	X				X	X			X	X	X	
04/08/11	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
15/09/11	X	X	X	X	X	X			X	X			X	X		
14/10/11	X	X	X	X	X	X			X	X			X	X	X	X
03/11/11	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X

Fonte: Elaborado pela autora com base nas atas das reuniões ordinárias do CRSC.

QUADRO 2 - Frequência média dos participantes por segmento no período



Fonte: Elaborado pela autora com base nas atas das reuniões ordinárias do CRSC.

Os números apresentados estão em percentuais (1/100).

Como o presidente, quando eleito, esteve presente nas reuniões e as coordenou, conclui-se que o Regimento Interno foi respeitado também neste quesito.

A partir das informações contidas no Quadro 2, foi construído o gráfico 1. Observou-se que a média geral de frequência do conjunto dos segmentos foi de 75,42%, com desvio médio de $\pm 22,13\%$.

No tocante à frequência por segmento, a distribuição ficou na seguinte ordem: o segmento usuário apresentou frequência de 72,81%, o segmento trabalhador 73,91% e o segmento gestor 79,55%.

Depreende-se do gráfico 1 que a maior participação foi do segmento gestor, seguido do segmento trabalhador nas reuniões do

Conselho Regional de Saúde de Ceilândia. São os executores das políticas públicas de saúde, o que pode decorrer de assimetrias informacionais. Também demonstra que sendo conhecedores das exigências legais relacionadas às atribuições do cargo que ocupam, estão responsáveis pelas questões de interesse dos usuários.

Apesar de apresentar menor média de frequência nas reuniões do CRSC, 72,81%, o segmento usuário teve presença bastante significativa e se aproximou da frequência dos outros seguimentos. Outro dado significativo é que 37,5% do segmento usuário estiveram 100% presente em todas as reuniões, seja ordinária ou extraordinária. Tal fato demonstra um nível bom de conexão entre os atores políticos e institucionais com os atores destinatários da política de saúde, o que possibilitará maior

QUADRO 3 - Relação Pauta Prevista x Pauta Realizada no período 2011/2011.

DATA	PAUTA PREVISTA	PAUTA REALIZADA	MÉDIA
13/01/2010	1 item	1 item	100%
29/01/2010	1item	1item	100%
12/04/2010	3 itens	5 itens	166%
16/08/2010	6 itens	6 itens	100%
20/09/2010	10 itens	10 itens	100%
13/09/2010	1 item	1 item	100%
19/10/2010	9 itens	10 itens	111%
22/11/2010	12 itens	10 itens	83,33%
13/12/2010	11 itens	15 itens	136,36%
31/01/2011	9 itens	7 itens	77,7%
14/02/2011	4 itens	3 itens	75%
21/02/2011	11 itens	5 itens	45,45 %
3/03/2011	6 itens	7 itens	116,66%
28/03/2011	5 itens	5 itens	100%
01/04/2011	11 itens	17 itens	154,54%
18/04/2011	5 itens	5 itens	100%
26/05/2011	11 itens	4 itens	36,36%
30/05/2011	2 itens	3 itens	150%
30/06/2011	7 itens	7 itens	100%
04/08/2011	7 itens	7 itens	100%
15/09/2011	9 itens	9 itens	100%
14/10/2011	10 itens	10 itens	100%
03/11/2011	10 itens	7 itens	70%

Fonte: Elaborado pela autora com base nas atas das reuniões ordinárias do CRSC.

materialização do direito à saúde.

A tabela 3, abaixo, mostra a relação pauta prevista/pauta realizada.

A média geral de cumprimento das pautas no período foi de 93,33%.

A pauta prevista da primeira reunião ocorrida em janeiro do ano de 2010 foi deduzida da própria ata da reunião realizada, pois nos documentos do CRSC não foi localizada. Como se tratava da composição do conselho, não poderia ter outro item de pauta, pois este

estava em formação.

A mesma situação verificou-se nas reuniões de agosto e setembro do mesmo ano, ou seja, foi deduzida da própria ata.

A pauta da reunião de abril do mesmo ano foi lida no início dos trabalhos da reunião, conforme consta da própria ata.

Outra questão importante é que foram computados os itens inscritos nas respectivas atas das reuniões.

QUADRO 4 – Propositura das pautas no período 2010/2011. continua

DATA	PAUTAS	GESTORES	MÉDIA	TRABALHADORES	MÉDIA	USUÁRIOS	MÉDIA
13/01/2010	1	0	0%	1	100%	0	0
29/01/2010	1	0	0%	1	100%	0	0%
05/01/1900	5	5	100%	0	0	0	0
16/08/2010	5	5	100%	0	0	0	0
13/09/2010	2	1	50%	0	0	0	0
20/09/2010	9	9	100%	0	0	0	0
19/10/2010	8	5	63%	2	25%	1	13%
22/11/2010	8	5	63%	2	25%	1	13%
13/12/2010	14	6	42,85%	7	50%	1	0,71%
31/01/2011	8	5	62,50%	2	28,57%	1	12,50%
14/02/2011	3	2	67%	1	33,33%	0	0
21/02/2011	9	5	55,55%	1	11,11%	3	33,33%
03/03/2011	7	2	28,57%	3	42,85%	1	14,28%
21/03/2011	5	1	20%	2	40%	2	40%
01/04/2011	15	4	26,66%	6	40%	5	33,33%
18/04/2011	4	0	0,00%	4	100%	0	0,00%
26/05/2011	9	4	44,44%	2	22,22%	3	33,33%
30/05/2011	2	0	0,00%	2	100%	0	0,00%
30/06/2011	5	0	0,00%	2	40%	3	60%
04/08/2011	8	2	25%	2	25%	4	50%
15/09/2011	9	2	22,22%	3	33,33%	4	44,44%
14/10/2011	5	2	40%	3	60%	0	0,00%
03/11/2011	8	3	37,50%	2	25%	3	37,50%
MEDIA			41%		39%		19%

Fonte: Elaborado pela autora com base nas atas das reuniões ordinárias e pautas do CRSC.

Sendo a média de cumprimento das pautas superior a noventa por cento, ficou demonstrado que foi bastante significativa a produção do CRSC.

No tocante à propositura das pautas (Quadro

4), foi possível observar que o segmento gestor propôs 41,51% dos itens para discussão, enquanto que o segmento trabalhador pautou 39%, seguido pelo segmento usuário com 19,49% de proposições.

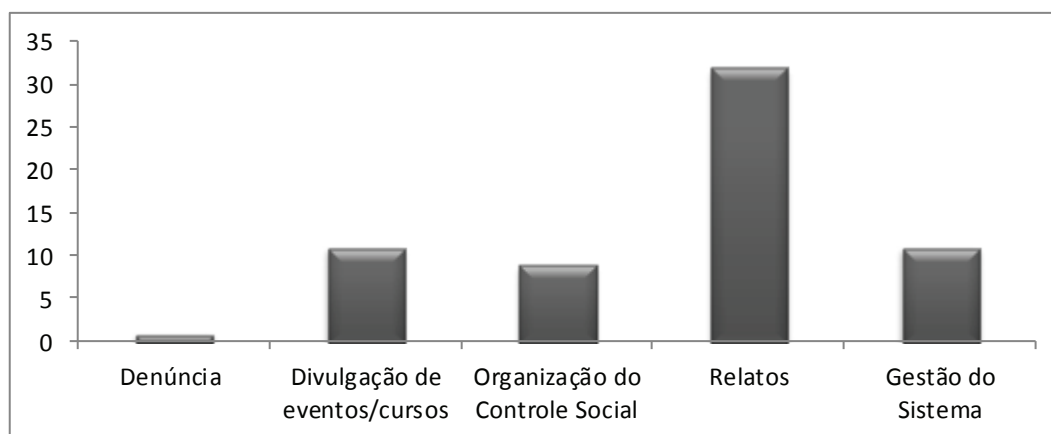
A análise do teor das discussões ocorridas durante as reuniões do CRSC e da quantidade de inserções realizadas já no desenvolvimento da reunião em relação ao número de itens inicialmente previstos para o debate refletem grande tendência à flexibilização da pauta prevista para o plenário. É recorrente a prática, entre alguns conselheiros, de sugerir temas para a discussão sem comunicação prévia ao plenário, o que dificulta, por vezes, a análise mais acurada do assunto e a tomada de deliberações com maior fundamentação legal.

O resultado geralmente ressoa na grande necessidade de realização de reuniões extraordinárias para discussão do assunto intempestivo ou prejuízo do debate de outros temas já previstos para apreciação do plenário.

Em toda reunião ordinária, ao menos dois itens são regimentais. Portanto, não foram atribuídos a um segmento específico. Trata-se da aprovação da ata da reunião anterior e aprovação da pauta preliminar. Sendo assim, não entraram no cálculo apresentado no gráfico acima.

Avritzer e Navarro⁴ são autores que analisaram experiências participativas e observaram que as relações entre os atores são marcadas por assimetrias informacionais de forma que os agentes estatais acabam por dominar os fóruns participativos, o que pode ser observado no Quadro 4, pois as médias de propositura de pautas dos gestores e dos trabalhadores foi a mais expressiva. Além disso, as inserções por parte dos usuários são mais de informes que de debates.

GRÁFICO 2 – Informes no período 2010/2011.



Fonte: Elaborado pela autora com base nas atas das reuniões ordinárias e pautas do CRSC.

Tal fato, à luz dos princípios do controle social e da participação da sociedade na construção do SUS, precisa ser mais bem estudado, uma vez que o segmento usuário é a maior representação nos conselhos de saúde.

O conjunto das atas objeto deste estudo demonstra que as discussões giraram em torno de cinco tipos de informes: denúncia, divulgação de eventos e cursos, organização do controle social, relatos e gestão do sistema.

Observa-se que grande parte dos informes deteve-se na apresentação de relatos, especialmente, no tocante ao controle social. Foram exposições dos conselheiros a respeito da participação em atividades voltadas para o controle social e/ou atuação na formulação de políticas públicas na área da saúde, além da resolução de conflitos.

Logo em seguida, destacou-se a apresentação de informes relacionados à divulgação de eventos/cursos, sendo estes voltados para a formação dos conselheiros, com foco educativo, sociopolítico e/ou cultural, que objetivaram a capacitação e a troca de experiências.

A organização do próprio conselho também ficou bastante evidenciada no gráfico acima, pois tais informes tratavam de questões relacionadas ao funcionamento administrativo do colegiado, entre elas, emissão de documentos, inscrições em atividades, suporte ao trabalho das comissões, dentre outras informações pertinentes.

É importante observar, a partir do gráfico acima, que a gestão se preocupou em informar aos conselheiros dados referentes ao funcionamento das unidades de saúde, tais como melhorias implantadas, projetos em andamento e aperfeiçoamento na oferta de serviços.

Por fim, há que se questionar o caso das denúncias, que não figuraram expressivamente nas atas. Foi possível perceber a formalização de apenas uma denúncia no período estudado, o que não significa que outras denúncias não tenham ocorrido, sem registro, durante as discussões e debates nas reuniões do Conselho, fatos que não foram objetos deste trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há um denso debate sobre o papel que a participação social pode desempenhar na democratização do acesso às políticas públicas, assim como as condições para esta participação. No entanto, não existem instrumentos metodológicos que possibilitem comparar tais experiências de maneira sistemática.

Assim, procuramos avançar nessa questão mediante um estudo empírico, buscando examinar os processos pelos quais a participação social pode democratizar o acesso às deliberações sobre políticas públicas e conseqüentemente materializar o direito à saúde.

Trabalhamos com um pequeno número de conselheiros e o grau de detalhe das atas dependia da precisão do secretário executivo — fatores que limitaram o escopo do estudo. Apesar dessas limitações, abordamos um conjunto de variáveis, algumas já descritas na literatura, que permitiram delinear uma visão geral do desempenho do CRSC.

Como vimos, o CRSC atua em área periférica de Brasília, capital do país, e, embora não seja município, é “equiparada” a este por força da Lei Orgânica do Distrito Federal, que o considera uma das instâncias colegiadas componentes do SUS no Distrito Federal¹².

Os resultados da pesquisa indicam que há uma associação positiva entre participação popular enquanto princípio constitucional e participação real do segmento usuário no conselho estudado. Portanto, demonstra um nível bom de conexão entre os atores políticos e institucionais com os atores destinatários da

política de saúde.

Conclui-se que o regimento foi respeitado em todos os aspectos pesquisados: tanto no número de reuniões quanto no intervalo entre elas, bem como na presidência dos trabalhos.

Destaca-se que o nível de participação dos segmentos que compõem o conselho foi bastante expressivo, pois esteve entre setenta e oitenta por cento na média geral de frequência. Tal fato demonstra que o direito de participação na gestão local do Sistema de Saúde está sendo respeitado.

A maior participação nas reuniões em análise foi do segmento gestor, seguido do segmento trabalhador. Concomitantemente, detectou-se que, talvez devido ao problema de assimetrias informacionais, o segmento que mais pautou as reuniões do CRSC foi o gestor. Porém, é possível inferir, a partir dos temas propostos nas pautas, que o interesse defendido, em geral, contemplava direitos dos usuários.

Conclui-se também que apesar de apresentar menor média de frequência nas reuniões do Conselho, foi o segmento usuário que apresentou conselheiros com 100% de frequência em todas as reuniões, seja ordinária ou extraordinária.

Depreende-se da análise que ocorreu nesse Conselho o que autores citados na revisão bibliográfica observaram em suas pesquisas: uma associação positiva entre participação popular enquanto princípio constitucional e participação real do seguimento usuário no conselho estudado.

Observou-se um alinhamento com as

observações dos autores citados na revisão bibliográfica na medida em que há a estruturação do espaço público e político de discussão e deliberação acerca das ações de saúde para aquela localidade: o Conselho Regional de Saúde de Ceilândia reúne-se regularmente, ou seja, assume seu papel de mecanismo capaz de promover maior envolvimento dos cidadãos, maior transparência e um fluxo de informações estratégico entre o ofertante e os demandantes de saúde na regional.

Ou seja, estão abertas as portas do setor saúde à participação da sociedade civil organizada na Regional de Saúde da Ceilândia, tal como é esperado desde as reformas setoriais que culminaram na criação do SUS.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, Sandra Mara Campos. Processo de Participação da sociedade civil nas consultas públicas realizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: UNB, 2006.
2. SPOSATI, Aldaíza & LOBO, Elza. Controle Social e Políticas de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 8 (4): 366-378, out/dez, 1992.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da Oitava Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde do Brasil, 1986, p. 4.
4. COELHO, Vera Schattan Pereira; FERRAZ, Alexandre; FANTI, Fabíola & RIBEIRO, Meire. Mobilização e participação: um jogo de soma zero? Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002010000100007&script=sci_arttext. Acesso em: 19 de novembro de 2012.

5. ROMÃO NETO, José Veríssimo. Participação popular em saúde: o caso dos conselhos gestores das subprefeituras de São Paulo. São Paulo: USP, 2006.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Disponível em: www.mp.mg.gov.br/portal/public/interno/arquivo/id/22764. Acesso em 16 de novembro de 2012.

7. FIGUEIREDO, Jorge Eduardo Saint Aubyn de. Comunidade Cívica, Capital Social e Conselhos de Saúde no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2001.

8. DISTRITO FEDERAL. Administração Regional de Ceilândia. Conheça Ceilândia RA IX. Disponível em: <http://www.ceilandia.df.gov.br/sobre-a-ra-ix/conheca-ceilandia-ra-ix.html>. Acesso em: 12 de outubro de 2012.

9. _____. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - 2010/2011 (PDAD). Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioeconômicas/PDAD/2011/PDAD%20Ceilândia-2010-2011.pdf>. Acesso em: 30 de outubro de 2012.

10. _____. Companhia de Planejamento

do Distrito Federal. Coletânea de Informações Socioeconômicas - Ceilândia (PDF). Maio de 2007. Disponível em: http://www.codeplan.df.gov.br/menu-de-teste/informacoes-estatisticas/cat_view/262-informacoes-estatisticas/271-regioes_administrativas-do-df--coletanea-de-informacoes-socioeconomicas-2007-.html?start=5. Acesso em: 30 de outubro de 2012.

11. _____. Conselho Regional de Saúde de Ceilândia. Abertura do livro ata. Ceilândia: outubro de 2002.

12. _____. Lei Orgânica do Distrito Federal, de 8 de junho de 1993. Disponível em: http://sistemasweb.desenvolvimento.gov.br/investimento_web/arquivos/legislacao_leiorganica.pdf. Acesso em: 06 de dezembro de 2012.

Artigo apresentado em: 21/02/2013

Artigo aprovado em: 15/03/2013

Artigo publicado no sistema em: 02/04/2013