

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A percepção dos presidentes dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal
acerca do controle social em saúde.**

Luciana Melo de Moura

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Brasília - DF
2008

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**A percepção dos presidentes dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal
acerca do controle social em saúde.**

Luciana Melo de Moura

Helena Eri Shimizu

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Brasília - DF
2008

FICHA CATALOGRÁFICA

Moura, Luciana Melo de

A percepção dos presidentes dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal acerca do controle social em saúde. Brasília, 2008. 224p.

Dissertação, apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Shimizu, Helena Eri.

1. Fenomenologia. 2. Controle Social. 3. Conselhos Regionais de Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Luciana Melo de Moura

A percepção dos presidentes dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal acerca do controle social em saúde.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho aos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dra. Helena Eri Shimizu, por ter me aceitado como sua orientanda, pela forma carinhosa, segura e determinada com que me orientou nessa longa e árdua jornada de construção do saber. E principalmente por ter acreditado em mim. A senhora é um exemplo de pessoa, profissional e mulher. A senhora os meus sinceros agradecimentos.

Aos Conselhos Regionais de Saúde e ao Conselho de Saúde do Distrito Federal pela valiosa contribuição e acolhida.

Aos meus amigos que me apoiaram e que contribuíram direta ou indiretamente com a realização deste trabalho.

A todos os professores que fizeram parte da minha trajetória.

À minha família que soube me ajudar e apoiar nos momentos necessários e decisivos.

A Deus, por ter me dado força, garra e disposição para a realização deste trabalho.

Nosso próprio corpo está no mundo como o coração no organismo: ele mantém continuamente em vida o espetáculo visível, ele o anima e o nutre interiormente, forma com ele um sistema.

Merleau-Ponty

RESUMO

Moura, L. M. de. A percepção dos presidentes dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal acerca do controle social em saúde. 2008. 224p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

O controle social em saúde está inserido no contexto das vivências individuais dos presidentes dos Conselhos Regionais de Saúde. Para a apreensão deste fenômeno foi necessária a descrição da experiência pelo sujeito que o vivencia. Com esse intuito foi realizada uma pesquisa qualitativa com enfoque na fenomenologia estrutural de Martins e Bicudo. Os Conselhos Regionais de Saúde selecionados estavam em pleno funcionamento na época das entrevistas (composição paritária e completa, mandato igual ou superior há 6 meses de exercício e reuniões mensais). Assim, participaram 13 presidentes dos 19 Conselhos Regionais de Saúde do DF, os quais foram submetidos a uma entrevista em profundidade com o objetivo de desocultar o fenômeno controle social em saúde segundo a experiência vivida por eles. As entrevistas tinham como perguntas norteadoras “Como você percebe a prática do controle social na sua Regional?” e “Fale sobre a sua vivência em relação à prática do controle social:”. A análise das entrevistas revelou quatro grandes categorias temáticas através do agrupamento das unidades de significado extraídas das descrições dos presidentes sobre o fenômeno em estudo: o controle social, o conselho regional de saúde, a representatividade e o sistema de saúde. O desvelamento do fenômeno controle social em saúde possibilitou sintetizá-lo como o vivenciar de uma prática permeada de dificuldades e potencialidades para o seu pleno exercício. A instituição de conselhos regionais de saúde atuantes é fator fundamental para o controle social em saúde, haja vista que estas se constituem em instâncias integrantes da estrutura básica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. A representatividade é o elemento que legitima as prioridades de saúde de uma comunidade. O sistema de saúde com a sua estrutura produz determinantes que favorecem ou não a prática desse controle. O exercício do controle social nos conselhos regionais de saúde é um fenômeno relativamente novo. Os conselhos regionais de saúde do Distrito Federal se apresentam como um espaço de escuta importante das demandas da população e muito embora tenha um poder decisório reduzido, constituem-se em um fórum de ampla negociação.

Palavras-chave: Fenomenologia. Controle social. Conselhos Regionais de Saúde.

ABSTRACT

Moura, L. M. de. The perception of the chiefs of Regional Health Councils of the Federal District on social control in health. 2008. 224p. Dissertation (masters degree) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

Social control in health is contained within the context of individual experiences of the chiefs of Regional Health Councils. To understand this phenomenon it was necessary to describe the experience through the subjects' own experiences. With this in mind, a qualitative research was conducted with focus on the structural phenomenology of Martins and Bicudo. The selected Regional Health Councils were active at the time of the interviews (equitable and total composition, mandate of at least six months of work and monthly meetings). Hence, thirteen chiefs and nineteen Regional Health Councils of the Federal District participated and were submitted to an in-depth interview with the objective of presenting the phenomenon of social control of health according to their experience. The determining questions made throughout the interviews were "How do you perceive the practice of social control in your Region?" and "Talk about your experience relating to the practice of social control." The analysis of the interviews revealed four major thematic categories by grouping of units of significance extracted from the descriptions of the chiefs about the phenomenon in case: social control, regional health council, representativeness and the health system. The presentation of the phenomenon of social control of health allowed us to synthesize it as the experience of a practice composed of hardships and potential. The institution of active regional health councils is a fundamental factor for social control of health, since they constitute the basic structure of the Health Secretariat of the Federal District. Representativeness is the element that legitimizes health priorities of a community. The health system with its structure produces determinants that favor or not the practice of this control. The exercise of social control at regional health councils of the Federal District is an important space open to listen to the demands of the population and despite having small power to decide, constitutes a forum of wide negotiation.

Key words: Phenomenology. Social control. Regional Health Councils.

SUMÁRIO

1 O INTERESSE PELO TEMA.....	11
2 UM BREVE HISTÓRICO.....	14
2.1 A Reforma Sanitária.....	14
2.2 O Controle Social.....	23
3 A ESCOLHA DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	25
3.1 A Fenomenologia como Vertente Metodológica.....	25
3.2 Contextualizando a Região de Inquérito.....	27
3.3 O Fenômeno Situado.....	39
3.3.1 A obtenção das descrições.....	40
3.3.2 O momento da análise.....	43
4 O DESVELAR-SE DO FENÔMENO.....	45
4.1 A Análise Ideográfica.....	45
4.1.1 A redução fenomenológica.....	49
4.1.2 A tematização das unidades de significado.....	113
4.2 A Análise Nomotética.....	148
4.2.1 As unidades de significado interpretadas.....	148
4.2.1.1 Tema: o controle social.....	149
4.2.1.2 Tema: o conselho regional de saúde.....	151
4.2.1.3 Tema: a representatividade.....	157
4.2.1.4 Tema: o sistema de saúde.....	159
4.2.2 Quadro nomotético.....	161
5 BUSCANDO COMPREENDER O FENÔMENO.....	173
5.1 Categorias Temáticas Emergidas.....	173
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	215
7 REFERÊNCIAS.....	220
ANEXOS.....	223

1 O INTERESSE PELO TEMA

Como acadêmica de enfermagem tive a oportunidade de estudar a reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde. Posteriormente trabalhei em hospital especializado, da Rede Sarah de Hospitais por sete anos, a qual presta serviços de saúde gratuitos à comunidade. Por ser uma entidade de serviço social autônomo e de direito privado os servidores são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Os hospitais da Rede Sarah possuem recursos materiais de ponta e os seus servidores recebem capacitações continuamente com a finalidade de acompanhar as inovações na área de reabilitação em saúde e tratamento das doenças neuromusculares, ortopédicas e do sistema nervoso central. Além disso, há o incentivo à pesquisa, por meio da Universidade Sarah, que oferece curso de especialização e mestrado profissionalizante. Apesar da sua excelência, a sua manutenção apresenta um alto custo e atende uma pequena parcela da população.

Após ingressei no Programa Saúde da Família (PSF) de São Sebastião da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Comecei a trabalhar neste serviço pouco estruturado e sem receber treinamento específico. Esta mudança de local de trabalho causou-me muita perplexidade, por vivenciar duas realidades institucionais completamente diferentes. De um lado um ambiente com tecnologia de ponta; profissionais capacitados e em número suficiente; insumos adequados aos procedimentos; presença de medicamentos em larga escala, de última geração, de alto custo e de inovações terapêuticas; serviço de manutenção sistemático dos equipamentos; serviço de limpeza e lavanderia de excelência; sistema informatizado de agendamento de exames, marcação de consulta e prontuário eletrônico; adequada postura profissional e incentivo à pesquisa. Do outro lado o sucateamento dos materiais, equipamentos obsoletos sem a devida manutenção; uso dos insumos de forma inadequada; falta de medicamentos; profissionais sem treinamento e descompromissados; número insuficiente de servidores; uso de prontuário de papel; dificuldade de agendamento de exames e marcação de consultas; demora no processamento dos resultados de exames, quando não extraviado; serviços de limpeza terceirizados com pessoal desqualificado e sem o devido treinamento.

Trabalhei em três equipes do PSF em uma única Regional de Saúde. E por último fiquei lotada no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, o qual faz parte da estrutura do PSF. Como a maioria da população de São Sebastião apresenta baixa renda, os serviços

públicos de saúde constituem-se em único recurso de acesso à investigação diagnóstica, tratamento e prevenção.

A Estratégia de Saúde da Família de São Sebastião é composta por 15 equipes, sua cobertura populacional no passado era de 75% da população, atualmente é de 62%. Isto demonstra que os serviços de saúde não conseguem acompanhar as demandas de saúde da população em virtude do seu crescimento. O PSF tem sido pouco resolutivo, seja pela diminuição da cobertura populacional, pela falta de recursos materiais e de infra-estrutura, ou pelas equipes incompletas. Dessa forma, comecei a perceber o descontentamento da comunidade em relação aos serviços de saúde oferecidos pelo PSF. Até então, eu não sabia da existência dos conselhos regionais de saúde. Por acaso, um dos agentes comunitários explicou-me que faltaria ao serviço porque teria que participar de uma reunião ordinária do conselho regional de saúde de São Sebastião. A partir daí eu quis saber do que se tratava. Além de me explicar, aproveitou outro momento para me apresentar ao presidente do conselho.

A troca de experiências com os demais membros das equipes do PSF foram muito valiosas porque a partir delas pude entender esta estratégia e de que forma ela deveria funcionar. Com esse direcionamento comecei a me dedicar ao estudo do PSF e dos programas de saúde.

Nessa experiência percebi a importância do profissional de saúde abordar nas palestras temas relacionados aos direitos do cidadão, controle social e conselhos de saúde. Entretanto, na prática isso não acontecia, pois os temas relacionados a patologias eram predominantes nas palestras. Percebo que a atuação do profissional da saúde é pautada pela idéia de detenção do poder através do monopólio do conhecimento. A partir do momento que o conhecimento é compartilhado e instrumentalizamos a comunidade, ela terá maiores condições de cobrar dos governantes. Entretanto, não facilitamos esse acesso às informações pela comunidade, ao contrário, dificultamos.

Observei também que a comunidade local não participava do planejamento das ações de saúde traçadas pelas equipes, ou seja, não participava do processo de gestão.

Verifiquei ainda que alguns profissionais de saúde e pessoas da comunidade não conhecem o conselho regional de saúde e os que sabem da sua existência não reconhecem a sua importância, seja por falta de informação e até mesmo de interesse ou descrédito na

atuação do conselho no que se refere ao controle social e à formulação de políticas públicas de saúde.

A lógica da Estratégia Saúde da Família nos remete à participação da comunidade local no planejamento e acompanhamento das ações de saúde, bem como na avaliação do impacto destas ações na qualidade de vida da população adstrita. As equipes do PSF, ao oportunizarem o planejamento participativo, promovem o exercício do controle social pela comunidade local. Entretanto, não é prática nas equipes este feito.

Todas estas questões despertaram o meu interesse pela temática controle social em saúde nos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal, tendo em vista que são escassos os estudos que o retratem.

A temática controle social em saúde necessita ser analisada no concreto da sua prática, a fim de possibilitar o seu desvelamento na forma como ele ocorre.

Assim, por estar envolvida com o tema, dado a sua relevância no cumprimento das políticas públicas de saúde que tem efeito direto na prática do profissional de saúde e nos serviços de saúde oferecidos à comunidade, sinto-me motivada a realizar o presente estudo que objetiva:

- desocultar o fenômeno controle social em saúde segundo a experiência vivida pelos presidentes dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal;
- analisar as percepções dos presidentes quanto ao papel e a atuação do Conselho Regional de Saúde em relação ao controle social, e;
- identificar os aspectos facilitadores ou dificultadores do controle social em saúde.

2 UM BREVE HISTÓRICO

2.1 A Reforma Sanitária

Na década de 80 a ampliação da organização popular produziu a ampliação das demandas sobre o Estado e desencadeou um forte movimento social pela universalização do acesso e pelo reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado. Essa circunstância propiciou o surgimento de propostas alternativas. A primeira delas foi proposta pela Conferência de Alma-Ata em 1978 e suas recomendações de extensão da cobertura dos serviços públicos de atenção primária às populações carentes⁽¹⁾.

Com o objetivo de atender tal recomendação foi criado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) por técnicos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e do Ministério da Saúde, que incluía a participação comunitária, em 1980. Essa proposta acarretou na elaboração do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), que abrangia a assistência médica, a saúde pública e a articulação interinstitucional com a participação de representantes de organizações sociais.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, que reuniu vários representantes sociais de todo o País, resultou da legitimação dos princípios e da doutrina do Movimento da Reforma Sanitária. O movimento da Reforma Sanitária visava o reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, na luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o final do regime militar. (1-4) Em 1987, surge o Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (Suds)⁽¹⁾.

O Movimento Sanitarista conquistou a incorporação desses princípios ao texto constitucional de 1988, bem como a determinação da responsabilidade do Estado na provisão das ações e serviços necessários à garantia desse direito. Para assegurá-lo, a Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo, que foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (Leis n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90)^(2, 3).

A partir da lei n.º 8.142/90 foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços necessários ao exercício do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁵⁾. Os conselhos caracterizam-se por serem instâncias colegiadas de caráter permanente e deliberativo com composição paritária, entre os representantes dos segmentos de usuários e

demais segmentos e as conferências por terem o objetivo de avaliar e propor diretrizes para as políticas específicas nas esferas municipal, estadual e federal⁽³⁾.

Segundo Carvalho, controle social é uma expressão que designa a relação entre o Estado e a sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele⁽⁶⁾.

Não se pode falar em controle social sem se referir à participação social, a qual foi tratada como diretriz do novo Sistema Único de Saúde, tornando-se lei no item III do artigo 198 da seção II da Constituição Federal de 1988 e institucionalizada pelas Conferências⁽³⁾.

Nas 9.^a, 10.^a e 11.^a Conferências Nacionais de Saúde muitos avanços conquistados foram reiterados, dentre eles destaca-se a criação e funcionamento dos Conselhos de Saúde em todos os Estados, Distrito Federal e na maioria dos Municípios⁽³⁾.

Os Conselhos de Saúde foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde⁽⁷⁾. Dessa forma, são considerados espaços deliberativos integrantes da estrutura político-institucional do Sistema Único de Saúde do Brasil⁽¹⁾.

A competência dos conselhos foi detalhada e ampliada por resoluções do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções n.º 33, de 1992, e n.º 333, 2003), que procuram principalmente estimular o efetivo funcionamento dos conselhos e garantir a representação dos usuários^(5, 8).

A resolução n.º 33 recomenda que o presidente do conselho seja eleito pelos conselheiros e que os usuários sejam indicados por suas próprias entidades. Sugere ainda reuniões com a periodicidade de pelo menos uma vez por mês e a homologação das decisões pelo chefe do Poder Executivo local⁽⁸⁾.

A resolução n.º 333 procura fortalecer a representatividade dos conselhos apresentando uma lista mais ampla de entidades que poderão representar usuários. Determina que os governos deverão garantir a autonomia dos conselhos, inclusive de dotação orçamentária própria, e recomenda a articulação com outras entidades, tais como o Ministério Público e outros conselhos gestores de políticas públicas⁽⁵⁾.

O desempenho das atribuições legais e políticas pelos Conselhos de Saúde vem sendo legitimada nas reuniões dos Conselhos de Saúde, nos encontros e plenárias regionais, estaduais e nacionais de conselhos e conselheiros. Passa também por permanentes

negociações entre os interesses específicos de cada segmento representado no Conselho de Saúde e por maior clareza nas relações entre o controle social e o gestor do Sistema Único de Saúde (SUS), em cada esfera de atuação – municipal, estadual e nacional – e outras instâncias da política de saúde.

O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) têm representação no Conselho Nacional de Saúde (CNS), e a representação dos usuários nos conselhos é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos⁽⁹⁾.

Os conselhos de saúde são compostos por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo, bem como, de prestadores de serviços nessa área, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho, em reunião Plenária. O número de conselheiros é indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei. As vagas são distribuídas da seguinte forma: 50% de entidades de usuários; 25% de entidades dos trabalhadores de saúde; 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

Os representantes no Conselho de Saúde são indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios independentes. O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

Em relação à Resolução n.º 333 de 4 de Novembro de 2003, compete aos conselhos de saúde⁽⁵⁾:

- Implementar a mobilização e articulação contínua da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social;

- Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento;
- Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;
- Atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;
- Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;
- Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão dos SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros;
- Proceder à revisão periódica dos planos de saúde;
- Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área de saúde;
- Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/ regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade;
- Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;
- Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais;
- Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art. 195, § 2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (art. 36 da Lei nº 8.080/90);

- Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos;
- Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União;
- Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento;
- Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente;
- Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias;
- Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde;
- Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde;
- Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde – SUS;
- Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões;
- Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as

atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento;

- Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS;
- Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde.

Em 2003, foi criado no Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão Participativa (SGP) com o objetivo de estimular e apoiar os conselhos de saúde; fortalecer o controle social mediante as Conferências Nacionais de Saúde, da Rede Nacional de Conselhos de Saúde e da capacitação de conselheiros; promover a articulação entre níveis de gestão do SUS e a sociedade; coordenar a Ouvidoria Geral do SUS; realizar fóruns de usuários do SUS; e cooperar com entidades de defesa de direitos do cidadão⁽¹⁾.

Atualmente, todos os Estados e Municípios possuem Conselhos de Saúde, e estima-se que estes mobilizem quase cem mil conselheiros de saúde, dos quais parte significativa se reúne pelo menos uma vez por mês⁽¹⁰⁾.

Os Conselhos de Saúde como órgãos de controle social e gestão participativa surgiu da mobilização de profissionais de saúde e de setores da sociedade civil. Entretanto, na maioria dos municípios sua implantação resultou de uma política de indução do Ministério da Saúde. Este processo resultou em conselhos muito heterogêneos, desde conselhos cartoriais a conselhos que efetivamente fiscalizam os gestores⁽¹⁰⁾.

No Brasil o neoliberalismo aconteceu na virada dos anos 90 durante o governo do presidente Fernando Collor de Melo. Os traços da influência neoliberal tornaram-se mais nítidos a partir do governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, com seu Plano de Estabilização que visava o combate à inflação. Isso se daria por meio da diminuição da influência do Estado no controle dos preços dos produtos no mercado e sobre a relação capital-trabalho, e também da abdicação do Estado como agente econômico produtivo empresarial e como provedor de serviços públicos, privatizando as empresas estatais e abrindo oportunidades para a iniciativa privada como fornecedora de tais serviços, respectivamente. Nessa perspectiva, o Estado renuncia seu papel regulador e provedor, deixando a economia ser dominada pelas livres forças do mercado, por intermédio do incentivo à assistência voluntária e filantrópica, e o repasse de serviços ao terceiro setor⁽³⁾.

Nesse contexto, a redemocratização conquistada na década de 80 sofre retrocessos na década de 90⁽³⁾.

Outros limites impostos à efetivação do controle social nos conselhos podem ser destacados como: a ingerência política na escolha dos conselheiros; falta de informação dos conselheiros; a desarticulação com suas bases; a fragilidade da mobilização das entidades representadas; a cooptação de lideranças em troca de favores; a pouca transparência dos gestores no uso dos recursos; a manipulação dos Conselhos/conselheiros para legitimar gestões; a pouca visibilidade social das ações dos Conselhos e o descumprimento das suas deliberações por parte dos gestores⁽⁴⁾.

Segundo Costa e Noronha, 2003 os Conselhos e as Conferências de saúde não são os únicos instrumentos de controle social⁽⁹⁾.

Correia, 2005 cita outros mecanismos como o Ministério público, as Assembléias Legislativas, as Câmaras de Vereadores, o Tribunal de Contas e a Corregedoria Geral da União⁽³⁾.

Há ainda alternativas de importância estratégica para a efetivação do controle social além dos citados: o sufrágio universal; o plebiscito; o projeto de Lei de iniciativa popular; órgãos de Defesa do Consumidor; mobilização popular através das entidades populares e sindicais e mídia em geral^(3,9).

Correia, 2005 em seu livro propõe alguns desafios para o exercício do controle social em níveis gerais:

- como o de desprivatizar o que é público, combatendo a transferência de recursos públicos para a rede privada e ampliando investimentos na rede pública;
- desmercantilizar a saúde, em detrimento dos serviços públicos e da ampliação do mercado privado;
- atenção à regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29 no que diz respeito à definição das fontes dos recursos federais para a saúde;
- possibilitar a discussão em torno de mudanças no artigo 2º da Lei 8.142/90, no que diz respeito limitação do poder de decisão do Conselho na homologação do chefe do poder legalmente constituído, com o objetivo de ampliar o poder deliberativo do Conselho⁽³⁾.

E destaca como estratégia mais importante para a efetivação do controle social o fortalecimento dos movimentos populares e sindicais. Dessa forma, os espaços institucionais como os conselhos e as conferências não devem ser os únicos espaços de controle social, considerados mecanismos formais⁽³⁾.

A capacitação dos conselheiros se configura em outra contribuição para a efetivação do controle social. O acesso à informação, a fiscalização, o acompanhamento e a participação

na definição dos gastos com saúde por parte do Conselho é outro fator indispensável à efetivação do controle social. Entretanto, é preciso que os conselhos participem da elaboração dos planos de saúde para que possa interferir na alocação dos recursos financeiros⁽³⁾.

Vários são os estudos no Brasil que tratam sobre a atuação dos Conselhos de Saúde, seja em relação à instância Nacional, Estadual, Municipal ou Distrital.

Estudos revelam que a presença feminina é marcante nos conselhos, tornando-se uma indicação da preocupação que a saúde exerce sobre as mulheres. Os conselheiros relacionados aos sindicatos, os vinculados a associações de trabalhadores portadores de problemas decorrentes do trabalho e os ligados à saúde do trabalhador são, dentro do Conselho Municipal de Saúde (CMS), os mais expressivos dentre os que representam a sociedade civil. Um dos fatores que talvez explique esse destaque seja a boa formação política, já que são trabalhadores vinculados a sindicatos, com uma grande experiência de luta por seus direitos. Por outro lado, a maioria dos conselheiros representantes dos usuários do SUS e membros dos conselhos de unidades de saúde, embora presentes em praticamente todas as reuniões, quase nunca se manifestaram. Na sala de reuniões os conselheiros mais articulados sempre se agrupavam e sentavam nas primeiras fileiras, enquanto os mais tímidos e menos participativos preferiam lugares ao fundo, fora do eixo das discussões. Nesse estudo os pesquisadores chegaram à conclusão que os conselheiros mais ativos têm consciência da importância do CMS para o município e das realizações efetuadas, além de reconhecerem o Conselho como uma entidade sólida, que faz parte da hierarquia administrativa do SUS. Outro fato, é que o Conselho é aberto aos visitantes, podendo participar das reuniões, embora não possua o direito de voto⁽¹¹⁾.

Outro estudo investigou a efetiva participação de Conselhos Municipais de Saúde na gestão das políticas de saúde e avaliou o seu potencial quanto à reestruturação da atenção à saúde por meio da estratégia da saúde da família. Foram escolhidos nove municípios do Estado de Goiás e Mato Grosso do Sul. Foi examinada a legislação sobre os conselhos e foram entrevistados os conselheiros, usuários e integrantes da mesa diretora. Os resultados sugeriram que os conselhos têm pouco impacto sobre a reestruturação dos serviços de saúde. Ainda assim, exercem controle social sobre a gestão do sistema de saúde e permitem decisões legítimas⁽¹⁰⁾.

A pesquisa realizada no Conselho Estadual do Rio de Janeiro evidenciou que o conselho é um espaço de denúncias e formulação de propostas para o seu enfrentamento sem

o respaldo da Secretaria Estadual de Saúde e que incentiva a participação social na política pública; embora essa possibilidade seja coibida em razão da falta de apoio do Executivo estadual e pela escassa articulação dos conselheiros, em particular dos representantes de usuários⁽¹²⁾.

O Distrito Federal caracterizado como cidade-Estado apresenta 29 regiões administrativas, seguindo esta conformação há o Conselho de Saúde do Distrito Federal e os Conselhos Locais de Saúde, mais conhecidos por Conselhos Regionais de Saúde (CRS), que se fazem presentes em 19 regiões administrativas. São eles o CRS de Brasília, CRS de Brazlândia, CRS da Candangolândia, CRS da Ceilândia, CRS do Cruzeiro, CRS do Gama, CRS do Guará, CRS do Lago Sul, CRS do Núcleo Bandeirante, CRS do Paranoá, CRS de Planaltina, CRS do Recanto das Emas, CRS do Riacho Fundo, CRS de Santa Maria, CRS de São Sebastião, CRS de Sobradinho, CRS de Samambaia, CRS de Taguatinga e CRS do Varjão. Esses conselhos locais são instâncias colegiadas, paritárias e se constituem em espaço propício de deliberações sobre a política de saúde e gestão em nível local. Eles devem atuar na formulação, execução, controle e fiscalização da política de saúde em cada Região Administrativa, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e terão suas decisões homologadas pelo diretor da regional de saúde. Os servidores designados para apoio técnico e administrativo aos conselhos regionais devem ser requisitados à Coordenação Regional de Saúde e Administrações Regionais. As propostas orçamentárias necessárias ao funcionamento dos conselhos regionais de saúde deverão ser anualmente encaminhadas à Secretaria de Saúde para serem consolidadas e encaminhadas à Câmara Legislativa pelo Secretário de Saúde, em conjunto com a proposta orçamentária do Conselho de Saúde do Distrito Federal, conforme Resolução nº 0001/95 do Conselho de Saúde do Distrito Federal⁽¹³⁾.

Os Conselhos Regionais ou Locais são lócus principal para formulação das demandas em saúde, ou seja, que demonstrem as diversas necessidades reais em saúde da comunidade. Todavia, sabe-se que existe dificuldade de criação e consolidação dessas instâncias, por diversos fatores como: ausência de hábito da comunidade para participação em saúde, serviços de saúde altamente hierarquizados que não contemplam a participação dos usuários, conselhos de saúde burocratizados que não permitem transparência das ações em saúde, dentre outros.

Os conselhos regionais têm contribuição estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde no Distrito Federal, à medida que indica as necessidades reais que devem ser

demandas na formulação das políticas públicas de saúde. Dada a importância dos conselhos locais é que se faz necessário desvelar o fenômeno controle social em saúde a partir da vivência dos presidentes dos conselhos regionais de saúde.

2.2 O Controle Social

A expressão controle social possui várias concepções e perspectivas, seja nos campos da sociologia, da psicologia ou da ciência política, especialmente na relação entre Estado e Sociedade⁽³⁾.

Na sociologia tradicional, por exemplo, indica os processos de influência da sociedade sobre o indivíduo⁽⁶⁾.

Na psicologia, na dimensão subjetiva do controle social, tratada por Freud, o superego absorve as normas sociais pela estrutura da personalidade, assim ocorre a introjeção do conteúdo desse controle pelo indivíduo⁽⁶⁾.

Na ciência política há duas concepções básicas, a primeira diz que o Estado controla a sociedade em favor dos interesses da classe dominante implementando políticas sociais para amenizar os conflitos de classe. A segunda concepção considera o exercício do controle social pela sociedade sobre as ações estatais⁽³⁾.

No campo das políticas sociais o controle social refere-se à atuação de setores organizados na sociedade civil na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que estas atendam as necessidades e demandas sociais e aos interesses da coletividade⁽³⁾.

No Brasil o controle social está relacionado ao processo de democratização iniciado na década de 80, onde este termo recebeu um novo significado. Este passou a ser o controle que a população exerce sobre as ações e os gastos do Estado. Como os serviços públicos são pagos indiretamente pela população por meio dos impostos, é justo que ela decida quanto à destinação destes recursos, da forma que melhor atenda aos seus interesses, já que correspondem aos anseios da maioria^(3,4).

Após o período ditatorial no Brasil, o restabelecimento das relações entre o Estado e a sociedade se deu por meio da institucionalização de canais de participação social em conselhos setoriais. O exercício do controle social tem como papel fundamental à consolidação da democracia no Brasil. O controle social é uma possibilidade dos movimentos sociais influenciarem as políticas públicas de forma a atender às suas próprias demandas⁽¹⁴⁾.

Atualmente, na política de saúde, existem dois canais institucionais de participação social que são os conselhos e as conferências de saúde. Estes se caracterizam em conquistas do Movimento Sanitário. Essa intervenção organizada da sociedade civil nas ações do Estado na gestão do gasto público é concebida como controle social⁽¹⁴⁾.

O Movimento Sanitário defendeu a descentralização dos serviços de saúde através da municipalização com o objetivo de democratizar o sistema nacional de saúde e como um dos princípios do Sistema Único de Saúde. A descentralização permite que o cidadão acompanhe e interfira mais de perto na política de saúde do município. Dessa forma, este princípio facilita o exercício do controle social⁽¹⁴⁾.

Para Correia, 2000 o controle social se refere à capacidade que tem a sociedade civil de interferir na gestão pública, orientando as ações do estado e os gastos estatais para atendimento dos interesses coletivos por intermédio dos conselhos de saúde⁽¹⁴⁾.

O controle social no Sistema Único de Saúde é entendido, então, como o exercício do controle sobre as políticas de saúde por parte dos representantes da sociedade civil, e é garantido por intermédio dos conselhos de saúde. Sua potencialidade reside no acúmulo de forças mediante a organização e a participação ativa dos cidadãos nesses colegiados⁽¹²⁾.

3 A ESCOLHA DA TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O controle social em saúde está inserido no contexto das vivências individuais dos presidentes dos conselhos regionais de saúde. Dessa forma, para a sua apreensão é necessário à descrição da experiência pelo sujeito que o vivencia. Com esse intuito foi realizada uma pesquisa qualitativa com enfoque na fenomenologia estrutural segundo Martins e Bicudo⁽¹⁵⁾. Pois, por meio desse método é possível buscar uma compreensão do significado do controle social em saúde, isto é, na maneira em que ele se desvela para quem o vivencia.

O método fenomenológico como ferramenta de pesquisa possibilita a apreensão da experiência de uma pessoa mediante seus relatos. Para desvendar sua experiência o pesquisador precisa de informações a esse respeito, fornecidas pela própria pessoa que vivencia o fenômeno⁽¹⁶⁾.

3.1 A Fenomenologia como Vertente Metodológica

O termo fenomenologia deriva de duas outras palavras de raiz grega: *phainomenon* (aquilo se mostra a partir de si mesmo) e *logos* (ciência ou estudo). Portanto, etimologicamente, fenomenologia é o estudo ou ciência do fenômeno, sendo que por fenômeno, em seu sentido mais genérico, entende-se tudo o que aparece, que se manifesta ou se revela por si mesmo⁽¹⁷⁾.

O fenômeno só pode se mostrar ao ser interrogado, e quando se revela permite ser visto⁽¹⁸⁾. Nessa modalidade busca-se a essência que deverá aparecer nas descrições do conhecimento desejado ou daquele conhecimento a que se deseja chegar⁽¹⁵⁾. As descrições se referem às experiências que os sujeitos viveram. Nelas estão as essências do que se busca conhecer e a intencionalidade do sujeito. As vivências intencionais orientam ou impulsionam o sujeito para seu objeto. Assim, a fenomenologia propõe-se a analisar as vivências intencionais da consciência para perceber o sentido dos fenômenos⁽¹⁷⁾.

Na análise da estrutura do fenômeno situado, isto é, em uma situação que permita que o fenômeno se mostre pela descrição de quem está vivenciando, um componente importante é a variação imaginativa. Imaginação esta, entendida como uma unidade de cognição e de sentimento, que torna possível tanto a auto-expressão, quanto a articulação ou expressão da realidade. Só há fenômeno psicológico enquanto houver um sujeito no qual ele se situa⁽¹⁵⁾.

O fenômeno integra a consciência e o objeto, unidos no próprio ato de significação. A partir daí temos o princípio da intencionalidade. A intencionalidade é o ato de atribuir um

sentido, é ela que unifica a consciência e o objeto, o sujeito e o mundo. Dessa forma, o objeto é sempre objeto para uma consciência, ele é um objeto percebido, um objeto pensado, lembrado e imaginado. A análise intencional concebe a relação entre a consciência e o objeto. Assim, se encontra delimitado o campo de análise da fenomenologia que é o de elucidar a essência da correlação entre consciência e objeto⁽¹⁹⁻²³⁾.

A essência (ou a estrutura) do fenômeno não é o fim da análise, mas o meio pelo qual se pode trazer à luz o que as relações vividas apresentam de essencial.

Assim, a tarefa da fenomenologia é estudar a significação das vivências da consciência. A apreensão, análise e descrição do fenômeno que se dá na consciência é o objeto primário da fenomenologia. O fenômeno não é a mera representação do objeto, ele tem natureza própria⁽¹⁶⁾. O método fenomenológico consiste, portanto, no acesso ao campo da consciência para submetê-lo à análise.

Entendam-se essências como as unidades de sentido vistas por diferentes indivíduos nos mesmos atos ou pelo mesmo indivíduo em atos diferentes. As essências representam as unidades básicas de entendimento comum de qualquer fenômeno, aquilo sem o que o próprio fenômeno não pode ser pensado. É aquilo que é inerente ao fenômeno⁽¹⁶⁾. É pela essência que o ser se manifesta⁽²⁰⁾.

O mundo exterior é conhecido como o mundo da vida, o qual conota componentes cotidianos da existência pessoal anteriores à atividade científica, significando a situação do sujeito na relação intencional com um contexto histórico social que envolve o sujeito cognoscente e o objeto conhecido. Ele apresenta-se como um mundo de experiências subjetivas imediatas⁽¹⁷⁾.

A pesquisa fenomenológica procura reavivar, tematizar e compreender eideticamente os fenômenos da vida cotidiana que são vividos, experienciados e conscientemente percebidos. Reavivar o fenômeno é torná-lo passível de experiência. Tematizar é estudar de maneira séria um assunto. Compreender é ver de modo peculiar, específico, único de o objeto existir. Eidético refere-se à essência do fenômeno. Assim, tematizar e compreender eideticamente significam estudar o fenômeno de maneira séria e sistemática para compreender o objeto na sua essência e não apenas na sua representação⁽¹⁵⁾.

A pesquisa fenomenológica detém-se no significado expresso pelo sujeito sobre a sua experiência. A atribuição de significados às situações vividas pode variar para cada sujeito. Já

que o mundo no qual o homem vivencia suas experiências é um mundo social e cultural, onde as pessoas se relacionam de formas múltiplas em suas interações. Portanto, as descrições dos sujeitos são reconhecidas como a melhor forma de acesso ao seu mundo-vida⁽¹⁵⁾.

Com esta perspectiva, o fenômeno controle social em saúde foi estudado a partir da experiência vivida pelos presidentes dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal, tendo em vista que os conselhos são instâncias formais de exercício do controle social.

3.2 Contextualizando a Região de Inquérito

O Distrito Federal por sua composição administrativa diferenciada dos Estados e Municípios apresenta o conselho de saúde do Distrito Federal e os conselhos regionais de saúde distribuídos nas regiões administrativas. O plenário do conselho de saúde do Distrito Federal através da Resolução Nº 0001/95 aprovou as diretrizes para a constituição e instalação dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal. Nesta resolução consta que o conselho regional de saúde é um órgão colegiado com representação do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, de caráter permanente e deliberativo, que atuará na formulação, execução, controle e fiscalização da política de saúde de cada Região Administrativa, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros e terão suas decisões homologadas pelo diretor regional de saúde. Sua composição será de 8, 12 ou 16 membros titulares e seus respectivos suplentes. E a elaboração do regimento interno será de responsabilidade de cada conselho⁽¹³⁾.

No início de 2008 os conselhos regionais do Distrito Federal encontravam-se estruturados nas seguintes regiões administrativas: Brasília, Brazlândia, Candangolândia, Ceilândia, Cruzeiro, Gama, Guará, Lago Sul, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Planaltina, Recanto das Emas, Riacho Fundo, Santa Maria, São Sebastião, Sobradinho, Samambaia, Taguatinga e Varjão. Totalizando 19 conselhos regionais de saúde. A evolução histórica destes conselhos têm sido marcada por gestões que se empenham na implementação das suas atribuições e por gestões que descaracterizam o conselho.

O Distrito Federal é constituído por 29 regiões administrativas, como demonstram os dados abaixo⁽²⁴⁾:

Regiões Administrativas	Lei de Criação	Data
RA I – Brasília	4.545	10/12/1964
RA II – Gama	4.545	10/12/1964

RA III – Taguatinga	4.545	10/12/1964
RA IV – Brazlândia	4.545	10/12/1964
RA V – Sobradinho	4.545	10/12/1964
RA VI – Planaltina	4.545	10/12/1964
RA VII – Paranoá	4.545	10/12/1964
RA VIII – Núcleo Bandeirante	049	25/10/1989
RA IX – Ceilândia	049	25/10/1989
RA X – Guará	049	25/10/1989
RA XI – Cruzeiro	049	25/10/1989
RA XII – Samambaia	049	25/10/1989
RA XIII – Santa Maria	348	04/11/1992
RA XIV – São Sebastião	705	10/05/1994
RA XV – Recanto das Emas	510	28/07/1993
RA XVI – Lago Sul	643	10/01/1994
RA XVII – Riacho Fundo	620	15/12/1993
RA XVIII – Lago Norte	641	10/01/1994
RA XIX – Candangolândia	658	27/01/1994
RA XX – Águas Claras	3.153	06/05/2003
RA XXI – Riacho Fundo II	3.153	06/05/2003
RA XXII – Sudoeste/Octogonal	3.153	06/05/2003
RA XXIII – Varjão	3.153	06/05/2003
RA XXIV – Park Way	3.255	29/12/2003
RA XXV – SCIA (Estrutural)(1)	3.315	27/01/2004
RA XXVI – Sobradinho II	3.315	27/01/2004
RA XXVII – Jardim Botânico	3.435	31/08/2004
RA XXVIII – Itapoã	3.527	03/01/2005
RA XXIX – SIA(2)	3.618	14/07/2005

Fonte: Diário Oficial do Distrito Federal – DODF

Nota: (1) SCIA – Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – inclui a Estrutural.

(2) SIA – Setor de Indústria e Abastecimento.

A contagem da população estimada pelo IBGE em 2007 foi de 2.455.903 habitantes⁽²⁵⁾. O Distrito Federal ocupa uma área de 5.789,16 Km²⁽²⁴⁾.

Por meio destes dados observa-se que 10 regiões administrativas não possuem conselho regional de saúde. No entanto, o conselho regional de saúde do Cruzeiro nas suas atividades tem contemplado a RA XXII.

Cada Região Administrativa tem um Administrador Regional, nomeado pelo Governador, responsável pela promoção e coordenação dos serviços públicos da região.

As primeiras Regiões Administrativas do Distrito Federal foram projetadas e implantadas paralelamente à construção da nova Capital da República, tendo Planaltina e Brazlândia sido ampliadas a partir de núcleos urbanos já existentes. O Núcleo Bandeirante surgiu em decorrência da urbanização da pioneira Cidade Livre.

Nos projetos das Regiões Administrativas, aplicaram-se os mesmos princípios urbanísticos de Brasília ajustados às condições socioeconômicas e funcionais de cada uma, isso resultou em estruturas urbanas próprias em cada caso.

Brasília foi inaugurada em 21 de abril de 1960, após 1.000 dias de construção. Em 1987, foi tombada pela UNESCO, como Patrimônio Cultural da Humanidade. No entanto, a Região Administrativa Brasília só foi criada em 1964, pela Lei 4.545 e ratificada pela Lei nº 49/89, e até 1994 englobava além da cidade de Brasília, o Setor Militar Urbano, a Vila Planalto, Lago Sul e Lago Norte, sendo que os dois últimos, a partir desta época se tornaram Regiões Administrativas independentes.

A RA Brasília é composta por Asa Norte, Asa Sul, Estação Rodoviária, Setor de garagens Oficiais, Parque Sara Kubitscheck (Parque da Cidade), Setor de Indústrias Gráficas, Área de Camping, Eixo Monumental, Esplanada dos Ministérios, Setor de Embaixadas Norte e Sul, Setor Militar Urbano, Vila Planalto, Setor de Clubes, entre outros. Brasília compreende também as Áreas Isoladas Torto e Barra Alta.

Em 1960, começou a se formar o povoamento que daria origem ao Gama. A cidade foi fundada em 1966, para acolher as famílias de uma invasão situada na barragem do Paranoá e também moradores transferidos da Vila Planalto e da Vila Amauri e, posteriormente, os habitantes do Setor de Indústria de Taguatinga. O Gama caracteriza-se por um traçado hexagonal, assemelhando-se a uma colméia com área urbana dividida em seis setores: Norte, Sul, Leste, Oeste, Central e de Indústria. A área rural é formada pelo Núcleo Rural Monjolo, Colônia Agrícola Ponte Alta e Córrego Crispim, Núcleo Rural Ponte Alta de Baixo e Ponte Alta Norte e Alagado.

A cidade de Taguatinga foi projetada no “Plano Urbanístico de Brasília”, com a finalidade de ser uma cidade dormitório, sendo sua fundação prevista para dez anos após a inauguração de Brasília. No entanto, em maio de 1958 os migrantes que habitavam invasões próximas ao Núcleo Bandeirante pressionaram a Novacap a abreviar a distribuição dos lotes e foi então fundada oficialmente a primeira cidade. Sua área urbana é dividida em setores: Central, Hoteleiro, Industrial, Gráfico, Norte, Sul e é composta também pelas Colônias Agrícolas Samambaia, Vereda da Cruz, Vicente Pires Lotes 26 a 55 e 81 a 310 e pelo Setor de Mansões Leste. Até 2003 fazia parte de Taguatinga o Bairro Águas Claras que hoje constitui a RA XX (Lei nº 3.153 de maio/2003).

Brazlândia, antigo município do estado de Goiás, manteve o porte do passado, porém com seu traçado modificado a partir de 1970 pelo crescimento das novas áreas. Sua área urbana é dividida em Setor Tradicional, onde se originou a cidade; Setores Norte e Sul, Vila São José e Bairro Veredas. Na área rural encontram-se os Núcleos Alexandre Gusmão, Dois Irmãos, Engenho Queimado, Desterro, Chapadinha e Barreiro.

A cidade de Sobradinho foi fundada em 13 de maio de 1960, para abrigar a população que vivia nas firmas empreiteiras, na Vila Amauri, e também funcionários da Novacap e do Banco do Brasil. A área urbana de Sobradinho está dividida em: Setor Administrativo, Hoteleiro, Comercial, Central, Industrial, Esportivo, Setor de Grandes Áreas, Sobradinho II, Novo Sobradinho e diversos Condomínios. A área rural é composta pelos Núcleos Rurais Sobradinho I e II, Áreas Isoladas: Serandi, Mogi, Buraco, Paranoazinho, Córrego do Meio, Contagem e São João.

Planaltina, a cidade mais antiga do Distrito Federal, fundada em 1859, foi integrada ao DF em 1960, sendo que a partir daí um considerável contingente populacional foi sendo incorporado a localidade, oriundo das retiradas de invasões. A área urbana conta com os seguintes setores: Administrativo, Educação, Oficinas e Indústrias, Residencial Leste - Vila Buritis (I, II, III e IV), Setor Tradicional (antiga sede do município) Vila Vicentina, Estância Mestre D’Armas (I a V), Setor Residencial Norte, Vila Roriz, Vale do Amanhecer e vários loteamentos e condomínios. A área rural produtora é formada pelos Núcleos Rurais Pipiripau, Taquara, Tabatinga, Rio Preto, Santos Dumont, Riacho das Pedras, pelas Colônias Agrícolas São José, Sítio Novo e Estanislau e pelas Áreas Isoladas Retiro do Meio, Monjolo, Rajadinha, larga e Mestre D’Armas.

A Vila Paranoá originou-se do acampamento dos trabalhadores da construção da barragem do Lago Paranoá que, após o término da obra permaneceram no local e de novos imigrantes que foram ocupando a área de forma desordenada. Com isto foi criado o Paranoá

em uma área próxima à antiga vila. A área rural é composta pelas Colônias Agrícolas Buriti Vermelho, Cariru, Capão Seco, Lamarão, São Bernardo, pelos Núcleos Rurais Jardim e Três Conquistas, Agrovila Capão Seco e as Áreas Isoladas Quebrada dos Guimarães, Santo Antonio, Quebrada dos Neres e pela área onde se desenvolve o Programa de Assentamento Dirigido – PAD-DF. A área urbana é composta do Setor Central e Quadras Residenciais.

O Núcleo Bandeirante sem concepção urbanística, com o nome de “Cidade Livre”, onde era permitido não só residir como também negociar com isenção de tributação. Foi criada em 1956 pelos candangos – trabalhadores que construíram Brasília. A área urbana é composta pela cidade do Núcleo Bandeirante, Vila Metropolitana, Setor de Clubes e Vila Nova Divinéia. A área rural é formada pela Agrovila Vargem Bonita, Colônia Agrícola Núcleo Bandeirante I e II e Área Isolada Vargem Bonita.

A cidade de Ceilândia, criada em 1971, resultou do primeiro projeto de erradicação de favelas do DF. O projeto urbanístico da cidade foi elaborado pelo arquiteto Ney Gabriel, e tem a forma de um barril. Em razão do crescimento de sua população, a maior do Distrito Federal, tornou-se necessário à criação da RA IX, separando Ceilândia da RA III Taguatinga que absorvia as duas localidades. Sua área urbana é composta pelas quadras QNM, QNN, QNO, QNP, QNQ e QNR. Na área rural encontra-se o Parque Ecológico e Vivencial do Descoberto, que reúne grande acervo de flora e fauna, além de diversas quedas d’água.

A construção do Guará iniciou-se em 1967 para absorver funcionários públicos e as primeiras casas foram construídas sob a forma de mutirão. A região é formada pela área urbana, composta pelo Guará I e II, Quadras Econômicas Lúcio Costa – QUELC, Setor de Indústria e Abastecimento – SAI, Setor de Transporte Rodoviário de Cargas – STRC, Setor de Oficinas Sul – SOFS, Setor de Clubes e Estádios Esportivos, Setor de Inflamáveis e Guarazinho.

O Cruzeiro, concebido como parte do Plano Piloto e destinado a moradia dos funcionários de diversos órgãos federais, foi fundado em novembro de 1959. É formado apenas pelas áreas urbanas do Cruzeiro Velho e Cruzeiro Novo. A equipe do Lúcio Costa foi responsável pelo projeto urbanístico do Cruzeiro e do nome inicial Setor de Residências Econômicas Sul, atual Cruzeiro Velho. Em fins da década de 60, o setor vizinho foi habitado, dando nova conformação ao desenho urbano, logo denominado de Cruzeiro Novo. No decênio seguinte, implantada a Área Octogonal, o setor ganha uma nova configuração. Com o projeto Brasília Revistada (1988) foi também concebido o Setor Sudoeste, criado em 1989, que atualmente constituem a RA XXII (Lei nº 3.153 de maio/2003). A Região Administrativa

do Cruzeiro encontra-se dentro da Poligonal de tombamento do Plano Piloto e desde 1992 é considerada Patrimônio Histórico e Artístico da Humanidade.

A localidade da cidade de Samambaia já existia como área agrícola. Com o surgimento de várias invasões no DF o governo as transferiu para esta área em 1985 e em 1989 foi criada a RA Samambaia. A região é formada de área urbana e rural. A área urbana está dividida em dois setores: Norte e Sul, separados pela rede de energia elétrica que abastece o Distrito Federal. A área rural é constituída pela Área Isolada Guariroba e o Núcleo Rural Tabatinga, lotes 49 a 64. Em 1996, o Setor de Mansões Leste (SML) foi desmembrado de Samambaia, passando a integrar a RA III – Taguatinga.

A criação da cidade de Santa Maria visou atender o Programa de Assentamento de Famílias de Baixa Renda, em Lotes Semi-Urbanizados, foi criada pela Lei nº 348/92 e o Decreto nº 14.604, de 10 de fevereiro de 1993. Na área rural estão os Núcleos Rurais Alagado, lotes 1 a 16 e Santa Maria, Áreas Isoladas, Água Quente, Santa Bárbara e Colônia Agrícola Visconde de Inhaúma. Na área militar estão localizados o Centro Integrado de Defesa Aérea e Controle do Tráfego Aéreo – CINDACTA, do Ministério da Aeronáutica e a Área Alfa, pertencente ao Ministério da Marinha. A área urbana é composta de um Setor Central e Quadras Residenciais.

São Sebastião, oriunda da Agrovila São Sebastião, foi habitada e estruturada abrigando a população de invasões. A RA foi criada por meio da Lei nº 467/93, de 25 de junho. A área urbana é composta pela Agrovila, Setor Residencial Oeste, Vila Nova, São José, São Francisco, Bela Vista, Residencial do Bosque, João Cândido, Tradicional, Morro Azul, além de diversos condomínios. Na região localiza-se a Penitenciária da Papuda.

O Recanto das Emas foi criada pela Lei nº 510 e o Decreto nº 15.046, de 28/07/93, para atender o programa de assentamento do Governo do Distrito Federal e erradicar principalmente as invasões localizadas na RA Brasília. Sua área rural é constituída pelos Núcleos Rurais de Vargem da Benção, Monjolo e Recanto das Emas. O setor urbano conta com 59 quadras residenciais e um comércio local.

O povoamento do Lago Sul teve início com a construção de casas pela Companhia Urbanizadora da Nova Capital – Novacap, para servir de residência aos diretores da Companhia. Fez parte da RA Brasília, até 1994, quando foi criada a RA XVI, por meio da Lei nº 643/94 e o Decreto 15.515/94. Sua área está dividida em Setor de Habitação Individual Sul, Setor de Mansões Urbanas Dom Bosco, Setor de Estaleiros, Aeroporto Internacional, Base Aérea de Brasília e o Campo Experimental Água Limpa da Universidade de Brasília.

O assentamento criado na Granja do Riacho Fundo onde existia uma vila para funcionários, transformou-se na RA XVII pela Lei 620/93 e o Decreto nº 15.514/94. Em 07/02/94 foi criado o Riacho Fundo II, que se transformou na RA XXI (Lei nº 3.153 de maio/2003). A área rural é composta pela Colônia Agrícola Riacho Fundo e o Combinado Agroubano – CAUB 1 e a Área Isolada Riacho Fundo. Na área rural estão localizados a Fundação Cidade da Paz, sede da Universidade Holística Internacional e o setor de Pesquisa de Produção de Sementes da Empresa Brasileira de Pesquisa – EMBRAPA. Em fevereiro de 1994 foi criado o parcelamento do Riacho Fundo II, como parte integrante do Riacho Fundo I, que em 2003 passou a ser uma nova região Administrativa.

Quando foi feita a divisão territorial do Distrito Federal, as terras do Lago Norte pertenciam a RA I – Brasília. A Novacap elaborou os projetos de urbanização dessa área denominada Península Norte que posteriormente passou a ser apenas Lago Norte, sendo que a RA foi criada pela Lei nº 641/94 e o Decreto nº 15.516/94. A área urbana é composta pelo Setor de Mansões do Lago – SML, Setor de Habitação Individual Norte - SHIN, e Área Comercial. Até 2003 abrigava também o Varjão, transformado em maio/2003 na RA XXIII (Lei nº 3.153).

A cidade de Candangolândia surgiu do primeiro acampamento oficial de Brasília para abrigar funcionários transferidos para o Distrito Federal, sendo o nome da cidade uma homenagem aos pioneiros que eram chamados de candangos. Pertencia inicialmente ao Núcleo Bandeirante. Grande parte de sua área é ocupada pelo Jardim Zoológico de Brasília.

Em 1984, surgiu o bairro de Águas Claras como forma de atender à crescente procura por novas habitações e, em 1989, deu-se a regularização da invasão denominada Vila Areal, configurando as quadras pares do referido bairro, como parte da Região Administrativa III – Taguatinga. Com a recente criação de novas Regiões Administrativas por parte do Governo do Distrito Federal, a Lei 3.153 elevou Águas Claras à categoria de RA por desmembramento da área de Taguatinga. Águas Claras é uma área ainda em construção, com 740 projeções residenciais previstas no projeto original, sendo que os terrenos podem ser fechados em condomínios. Águas Claras engloba o Areal e Arniqueiras.

Em fevereiro de 1994, foi publicado o Decreto nº 15.441, criando o parcelamento do Riacho Fundo II, como parte integrante do Riacho Fundo, que com a promulgação da Lei Nº 620 de 15/12/93 havia sido transformado em Região Administrativa - RA XVII. Em maio de 2003, a lei nº 3.153 transformou o parcelamento do Riacho Fundo II na Região Administrativa XXI, distante 20 Km da Região Administrativa de Brasília.

Em 6 de maio de 2003, pela Lei de nº. 3.153, ficou criada a Região Administrativa XXII – Sudoeste/Octogonal, por desmembramento de área da RA XI Cruzeiro. As Áreas Octogonais foram, inauguradas na década de 80, enquanto o Setor de Habitações Coletivas Sudoeste - SHCSW foi concebido em 1988, como parte integrante do projeto “Brasília Revisitada”, do urbanista Lúcio Costa e, criado em julho de 1989, constituindo uma alternativa de moradia para a população de alto a médio poder aquisitivo. De formação essencialmente urbana, a RA contém além das áreas residenciais e setores comerciais, as quadras mistas, o Hospital das Forças Armadas e o Instituto Nacional de Meteorologia – INEMET. Muito próximo do centro de Brasília, distante 7 Km da rodoviária.

Data da década de 60 o início do povoamento da Vila Varjão com a chegada das primeiras famílias para aqui vieram desenvolver atividades agrícolas. No começo dos anos 70, segundo informações de antigos moradores, a pessoa que detinha a posse da área, resolveu implementar uma divisão das terras entre seus empregados, embora a terra fosse de propriedade do Governo do Distrito Federal e administrada pela Companhia Imobiliária de Brasília – TERRACAP. A partir de então novas divisões foram realizadas e os lotes distribuídos entre parentes próximos e amigos de forma irregular e desordenada, principalmente entre 1977 e 1982. Em 1984, foi realizado o primeiro estudo para fixação da população no local. No início dos anos 90, o Governo do Distrito Federal – GDF assinou o Decreto nº 13.132, de 19/01/91 que fixa a população no local, caracterizando um controle do crescimento da Vila Varjão e determinando a elaboração de um projeto urbanístico para a implantação definitiva do Varjão. Com base na ocupação original da área e visando preservar as características iniciais da vila, o projeto baseou-se na configuração física existente e nas atividades urbanas já consolidadas. Às famílias remanescentes juntaram-se a outras vindas de diversas áreas do DF e de outros estados e aquelas decorrentes do crescimento vegetativo, aumentando significativamente a população, em ocupações irregulares e desordenadas por toda a Vila. Em 1997, com o objetivo de regularizar a situação fundiária de toda a área da Vila e, em atendimento às exigências ambientais o Governo do Distrito Federal encomendou um novo projeto urbanístico e um Relatório de Impacto de Vizinhança –RIVI, no qual está prevista a revisão do Projeto Urbanístico e ressalta a necessidade de adensamento da Vila com proposta de implantação de novas quadras e incorporação de novas glebas a serem parceladas. Inserida até então no espaço geográfico da Região Administrativa do Lago Norte, em 06 de maio de 2003, por força da Lei 3.153, a Vila Varjão foi, por desmembramento de área, elevada à categoria de Região Administrativa passando a constituir a XXIII RA do Distrito Federal.

A criação do loteamento das Mansões Suburbanas Park Way (MSPW) foi incluída no Plano Urbanístico de Brasília, em uma das suas últimas alterações em 1957/58. Com lotes iniciais de 20.000 m² o SMPW foi concebido para ser implantado por partes, tendo sido registrado inicialmente as áreas destinadas ao uso residencial. Em dezembro de 1999, o Governador do Distrito Federal enviou à Câmara Legislativa o Projeto de Lei Complementar nº 451/99 que permite ao poder executivo o parcelamento das áreas verdes do Setor de Mansões Park Way com lotes de uso residencial, coletivo e de bens e serviços. O Setor de Mansões Park Way fazia parte da Região Administrativa VIII – Núcleo Bandeirante até 2003 quando por meio da Lei 3.153 de 29/12/2003 passou a ser a Região Administrativa XXIV.

O acúmulo de lixo na via Estrutural começou no início de Brasília e, poucos anos depois, surgiram os primeiros barracos de catadores de lixo próximo ao local. No início da década de 90 a invasão contava com pouco menos de 100 domicílios localizados ao lado do “lixão”, sendo posteriormente transformada em Vila Estrutural pertencente à Região Administrativa do Guará. Em 1989, foi criado o Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – SCIA em frente à vila no lado oposto da Via Estrutural, época em que se previa a remoção da Estrutural, para outro local. Várias tentativas foram realizadas neste sentido, mas em janeiro de 2004, o SCIA foi transformado na Região Administrativa XXV (Lei nº 3.315), tendo a Estrutural como sua sede urbana.

No início da década de 1990, foi criado o núcleo habitacional Sobradinho II como parte integrante da Região Administrativa V – Sobradinho, como consequência do Programa de Assentamento de População de Baixa Renda, que tinha como objetivo transferir as pessoas que moravam em um mesmo lote e também fixar os moradores das invasões do Ribeirão Sobradinho e Lixão. Em 27 de janeiro de 2004, com a Lei nº 3.314, Sobradinho II foi desmembrado de Sobradinho e transformado na Região Administrativa XXVI. Até o presente estudo considera-se como Sobradinho II o assentamento e os diversos condomínios antes pertencentes a Sobradinho, exceto os Condomínios Império dos Nobres e Rural Residencial RK, que continuam pertencendo a RA V.

A área residencial do Jardim Botânico foi transformada em Bairro em 1999. Em agosto de 2004, por meio da Lei 3.435, o Setor Habitacional foi transformado em Região Administrativa. No momento de sua criação a poligonal deveria ter sido traçada, mas até o momento isto não ocorreu. A área engloba vários condomínios situados entre o Lago Sul e São Sebastião.

A invasão de Itapoã foi iniciada em julho de 2001, numa área entre o Paranoá e Sobradinho. A expectativa de regularização estimulou o crescimento do núcleo. As terras

onde se situa Itapoã são, em grande parte, da União. Em 2003, foi criada a sub-administração de Itapoã, vinculada ao Paranoá, por meio da aprovação do Projeto de Lei 698/03. Em 18/11/2004, a Câmara Legislativa aprovou, em 1º turno, a criação da Região Administrativa de Itapoã, e que foi oficializada em Janeiro de 2005.

O SIA (RA XXIX), criado em julho de 2005, por meio da Lei 3.618, contempla os Setores: Indústria e Abastecimento – SAI; de Garagens e Concessionárias de Veículos – SGCV; de Garagens de Transporte coletivo – SGTC; de Inflamáveis – SI; de Oficinas Sul – SOFS; e de Transporte de Cargas – STRC. A RA SIA é a única que até o momento não possui unidades habitacionais.

No Distrito Federal os imigrantes ainda constituem a maioria da população residente (52,01%), embora esta situação esteja começando a modificar em algumas Regiões Administrativas. As presenças mais marcantes são dos oriundos da Região Nordeste e Sudeste (26,7% e 13,7%, respectivamente). Apesar da existência das Representações Diplomáticas em Brasília, a participação dos estrangeiros é pouco significativa na composição da população não chegando a meio por cento de seu contingente.

A população do Distrito Federal apresenta um grau de instrução elevado, embora cerca de um terço dela ainda tenha formação de primeiro grau incompleto. Já os que possuem o nível superior completo chegam a quase 10% da população e o número de analfabetos não alcança 3%. Vale ressaltar que um terço da população está estudando seja em escola pública ou particular.

Em virtude de o Distrito Federal ser limitado territorialmente para desenvolver de forma extensiva as atividades do setor primário e de não dispor de muitas opções para industrializar-se sem comprometer o seu meio ambiente – e em face de Brasília, como capital do País desempenhar preponderantemente funções institucional-administrativas; a atividade econômica da população encontra-se concentrada na prestação de serviços (55,8%), nas administrações federal e local (19,3%), no comércio (16,9%), contra apenas 7,1% na indústria e não chegando a um por cento na agropecuária.

O contingente de pessoas ocupadas em dezembro 2005, foi estimado em 1.012,0 enquanto a massa de desempregados era de 218,9, apresentando uma taxa de desemprego de 17,8%.

A renda média domiciliar bruta mensal no Distrito Federal era da ordem de 9,0 Salários Mínimos - SM em 2004. As maiores rendas (em Salários Mínimos - SM) foram detectadas no Lago Sul (43,4), Lago Norte (34,3), Sudoeste/Octogonal (24,1) e Brasília (19,3). Isto se deve entre outros, ao fato de residirem nestas localidades, os dirigentes do país,

funcionários públicos graduados, profissionais liberais, comerciantes, que percebem rendimentos mais elevados. Por outro lado, as menores rendas estão em Itapoã (1,6), na SCIA – Estrutural (1,9 SM) e Varjão (2,8 SM), em função das suas próprias condições de invasões e assentamentos. De forma similar, as maiores rendas domiciliares per capita são encontradas no Lago Sul (10,8 SM), Lago Norte (7,8 SM), Sudoeste/Octogonal (8,6 SM) e Brasília (6,8SM). As menores são de Itapoá e SCIA - Estrutural (0,4SM). Analisando a distribuição da renda domiciliar mensal segundo as classes, as mais significativas são as classes de renda de 2 a 5 e de 5 a 10 Salários Mínimos – SM, com 20,1% e 23,7% dos domicílios, respectivamente.

Por meio da quantificação do conjunto de bens e serviços finais resultantes da produção, pode ser demonstrada a participação efetiva de cada unidade produtiva da economia de uma localidade, determinando-se dessa forma o seu Produto Interno Bruto - PIB. O PIB do Distrito Federal em 2003, calculado pela Secretaria de Estado de Planejamento, Coordenação e Parcerias SEPLAN, foi da ordem de R\$ 37,8 milhões, sendo que a Agropecuária representava 0,7%, o Setor Industrial 7,6% e os Serviços 91,7%. O PIB Per Capita do DF é o mais alto do Brasil, embora a sua participação no PIB nacional seja em média de apenas dois por cento⁽²⁴⁾.

No Distrito Federal, cabe à Companhia de Água e Esgotos de Brasília - CAESB, empresa pública de direito privado, a prestação de serviços de abastecimento e saneamento básico. A empresa atende atualmente 1,9 milhões de habitantes com abastecimento de água – 92% da população e 1,8 milhões de habitantes com coleta de esgoto – 88% da população do Distrito Federal – e trata 66% dos esgotos coletados.

Segundo informações coletadas pela Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD em 2004, cerca de 98% dos domicílios urbanos do DF, contam com o serviço de limpeza urbana⁽²⁶⁾.

A Companhia Energética de Brasília além de ser a distribuidora oficial de eletricidade do DF, assumiu, também, a permissão para distribuição do gás canalizado e outras fontes de energia na região. O serviço de energia elétrica atende cerca de 98% das residências. A grande maioria (85%), dos consumidores pertence à categoria Residencial. O Comércio participa com 12% e o Setor Industrial com apenas 0,3%, menor que o Poder Público (0,5%). Dada a estrutura do DF, constituída essencialmente por população urbana, o número de consumidores rurais representa 1%.

A rede hospitalar do Distrito Federal conta com 55 hospitais particulares, 15 públicos (Secretaria de Estado de Saúde) e 2 militares com capacidade total de disponibilizar 6.785 leitos. Além dos hospitais, existem 61 centros e 33 postos de saúde. Em 2004, as unidades

apresentaram uma taxa média de ocupação hospitalar da ordem de 74,8%. O DF ainda dispõe do Hemocentro de Brasília que nasceu de um projeto iniciado a mais de 20 anos. Em 13 de dezembro de 1994, a Gerência de Hemoterapia foi transformada em Fundação Hemocentro de Brasília e atualmente é centro de referência nacional na especialidade. Em Brasília, está também localizado o Sarah Brasília inaugurado em 1980, com 294 leitos, pertencente à Associação das Pioneiras Sociais, entidade sujeita a supervisão do Ministério da Saúde, sendo especializado no tratamento das doenças do aparelho locomotor, de origem congênita ou adquirida, abrangendo as patologias do sistema nervoso central. E em 2003 foi criado o Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação (Sarah Lago Norte), com 64 leitos, que juntamente com o Sarah Brasília fazem parte da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, os quais atendem pacientes de todo o Brasil.

O ensino Pré-escolar, Especial, Fundamental e Médio no Distrito Federal é oferecido pelo Governo do Distrito Federal e pela rede particular. Já o ensino de 3º grau é ministrado pela Universidade de Brasília (UnB), federal e vários estabelecimentos de ensino superior particulares. Funcionam, ainda paralelo aos dois sistemas, diversos cursos profissionalizantes e de treinamento, mantidos por entidades públicas e privadas.

O Distrito Federal contava em 2004, com 608 unidades escolares na rede pública, 435 escolas da rede particular conveniada e duas na rede federal, para atender o Ensino Regular, Pré-escolar, Especial, Fundamental e Médio. Ainda em relação à infra-estrutura física, o número de salas de aula existente no mesmo ano, era de 8.275 na área pública urbana e 568 na rural e 6.281 na rede privada e 91 na rede federal. Em 2004, estavam matriculados, 699.836 alunos – Ensino Especial, Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio e Supletivo - sendo 537.063 na rede pública, 157.744 na rede particular e 3.039 na rede federal. Como o Distrito Federal é essencialmente urbano, os alunos matriculados na rede pública urbana representam 96% do total. O número de professores da rede pública no mesmo ano era da ordem de 22.428 e na rede particular de 10.256, apresentando assim um coeficiente médio de 31 alunos por professor na rede pública e 16 na rede privada.

O Distrito Federal conta com 65 Instituições de Ensino Superior, sendo duas Universidades, um Centro Universitário, três Faculdades Integradas e 59 Instituições de Ensino Superior (Faculdades, Escolas e Institutos). Em 2003, haviam 90.931 alunos matriculados no ensino superior de graduação, o que equivale a dizer que de toda população do DF, cerca de 5% são universitários. Para atendimento a estes alunos, os estabelecimentos de ensino superior contam com um corpo docente de 5.297 professores, sendo 3.413 titulares e 1.884 assistentes.

O Distrito Federal conta ainda com 28 Delegacias Policiais, 16 Delegacias Especializadas, 157 Postos Policiais, sendo 17 civis e 140 Militares. (Secretaria de Estado de Segurança).

Segundo dados da PDAD, em 2004, 85% dos domicílios da área urbana do DF possuíam telefone fixo, sendo que alguns domicílios possuíam mais de uma linha. Já o telefone celular é encontrado com os moradores de 74% dos domicílios brasilienses, sendo que 17% deles possuem três ou mais unidades⁽²⁶⁾.

O traçado da cidade, com avenidas largas e o alto poder aquisitivo da população, principalmente em Brasília e nos Lagos Sul e Norte, favorecem o uso do automóvel no Distrito Federal, que representa 78% da frota local, de 825.690 veículos, apresentando uma taxa média de cerca de 3 pessoas por veículo⁽²⁷⁾.

Apesar disto, para grande parte da população do Distrito Federal o principal meio de locomoção é o ônibus, com a dependência do transporte coletivo, em algumas cidades, chegando a 71%, como no caso de Paranoá, 67 % em Recanto das Emas e 65% em Santa Maria. (28) As viagens de ligação entre as cidades e o Plano Piloto caracterizam-se por uma distância média de 38 km e pela baixa renovação de passageiros ao longo do percurso, no transporte coletivo. Mais de 60% das viagens estão concentradas nos horários de pico (manhã, tarde e noite). Em Brasília concentram-se cerca de 45% das oportunidades de emprego do Distrito Federal, seguidos por Taguatinga (10,71%) e Guará (9,03), consolidando assim a importância do transporte público para os trabalhadores das demais Regiões Administrativas e para as próprias atividades produtivas (cerca de 52% das viagens são por motivo de trabalho)⁽²⁸⁾.

3.3 O Fenômeno Situado

Os Conselhos Regionais de Saúde escolhidos para o estudo tiveram como critério de seleção o seu pleno funcionamento, pois eles se configuram como espaço para o exercício do controle social. Foram estabelecidos critérios para a definição do funcionamento dos conselhos como: a composição paritária dos conselhos, tempo mínimo de mandato de 6 meses e reuniões mensais. Para analisar o fenômeno é necessário situá-lo em uma região de inquérito onde o sujeito vivencia o fenômeno.

Assim, foi realizada uma entrevista com os presidentes dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal. Dos 19 conselhos regionais de saúde existentes foi feita à pesquisa em 13, dos quais um conselho foi excluído pela impossibilidade do presidente participar do

estudo e os outros 5 conselhos apresentarem sua composição incompleta, isto é, estarem em processo de escolha dos membros e/ou sem reuniões mensais.

Foram considerados colaboradores para esta pesquisa todos os presidentes que responderem afirmativamente quando perguntados se vivenciavam ou não o controle social. A vivência pode ser entendida como experiência, a qual é percebida de modo consciente por aquele que a executa. Essa experiência não é estática, porque depende da relação do fenômeno que se mostra com o sujeito que a vivencia⁽¹⁵⁾.

3.3.1 A obtenção das descrições

A fenomenologia estrutural de Martins e Bicudo considera a entrevista um recurso metodológico capaz de desocultar a visão que uma pessoa possui sobre uma determinada situação. Por intermédio dela é possível obter dados relevantes sobre o mundo-vida do respondente. Ao entrevistar uma pessoa o objetivo é conseguir descrições tão detalhadas quanto possível das preocupações do entrevistado⁽¹⁵⁾.

No enfoque fenomenológico, as entrevistas são vistas como um encontro social, permeado por características como a empatia, a intuição e a imaginação⁽¹⁵⁾. A empatia é uma forma de apreender a essência do fenômeno, de forma que o investigador penetre no sujeito^(15, 19, 29). A intuição é uma forma de contemplação, é a expressão das percepções. A contemplação é um ato cognitivo que permite um ver concreto para dizer como o mundo é. E a imaginação é a representação do real. É a imaginação que gera a possibilidade de significados e que vai além da presença sensorial do objeto, permitindo a apreensão da sua essência⁽¹⁵⁾.

A entrevista é considerada a única forma de obter dados relevantes sobre o mundo-vida do sujeito⁽¹⁵⁾.

A entrevista nada mais é que a descrição do fenômeno vivenciado pelo sujeito que o vivencia. Isto se justifica porque há uma relação essencial entre linguagem e pensamento, pois ambos expressam a vivência ou a vida, conforme é vivida⁽²²⁾.

A linguagem oriunda da imaginação auxilia o desenvolvimento do pensar, na medida em que a palavra expressa o significado do experienciado. É na imaginação que se encontra a ligação fundamental entre pensamento, sentimento e linguagem. A partir dessa compreensão é possível entender o significado do mundo-vida para a experiência e o seu desenvolvimento⁽¹⁵⁾.

Portanto, os presidentes dos conselhos foram considerados pessoas aptas a dar uma descrição compreensiva do fenômeno em estudo. Compreensão entendida como a expressão imediata do que o ser humano sente na presença do objeto⁽¹⁵⁾.

A descrição se dá, então, na experiência do sujeito que está experienciando aquela situação. É desta maneira que o fenômeno situado se ilumina e se desvela⁽²¹⁾.

O estudo da realidade social, enquanto vivida pelo ser na sua vida cotidiana, me fez crer na possibilidade de desvelar o fenômeno controle social em saúde por intermédio dos sujeitos que vivenciam essa prática, como por exemplo, os presidentes dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal. Nesta linha de pensamento esses sujeitos são capazes de doar sentidos ao mundo que os rodeia, de atribuir significados, que enriquecem o mundo com as suas intersubjetividades e suas vivências⁽²⁰⁾.

Nesta perspectiva, o pesquisador interroga os sujeitos situados na região de inquérito. Neste caso particular “a região de inquérito” são os conselhos regionais de saúde do Distrito Federal.

Segundo esse referencial filosófico o mundo existe, porém relacionado à consciência do sujeito que o conhece e lhe atribui significados⁽²⁰⁾.

A existência humana deve ser compreendida levando em conta os três aspectos simultâneos do mundo: o circundante, que requer adaptação e ajustamento; o humano, que se concretiza na relação ou nas influências recíprocas entre as pessoas; o próprio, que se caracteriza pelo pensamento e transcendência da situação imediata⁽²²⁾.

Com base nesse enfoque teórico-metodológico, foi necessário, antes de iniciar as entrevistas, estabelecer vínculos com os presidentes dos conselhos regionais de saúde. Para tanto visitei, primeiramente, o conselho de saúde do Distrito Federal, onde tive acesso à relação dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal instituídos e à sua composição. Por meio de contato telefônico foi possível identificar os conselhos que estavam em funcionamento e dessa forma participar das reuniões ordinárias. A participação nas reuniões possibilitou a construção de vínculos entre a pesquisadora e os membros dos conselhos. Os conselhos de saúde através dos seus conselheiros foram muito acolhedores, disponíveis e interessados em estabelecer parcerias.

Nas reuniões dos conselhos foi possível observar a baixa participação da comunidade, estando presente nas plenárias em sua maioria apenas os membros do conselho. Houve a possibilidade de identificar também que cada um dos conselhos apresenta um nível de atuação e amadurecimento diferente, onde há membros e comunidade melhores preparados e outros que ainda não captaram a essência do funcionamento dos conselhos.

Particpei de eventos para conhecer melhor a dinâmica dos conselhos, como na Conferência de Saúde da Regional de São Sebastião e na Conferência de Saúde do Distrito Federal. Depois dos vários contatos estabelecidos entre a pesquisadora e os conselhos, é que se procederam as entrevistas.

É importante ressaltar que o entrevistador foi o mesmo para todos os presidentes, e que as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente. A entrevista foi composta por perguntas abertas que orientaram o pensamento e a descrição pelos presidentes. Não foi estabelecido tempo de duração. As entrevistas se sucederam nos meses de Julho, Agosto e Outubro de 2007.

Inicialmente foi realizada uma conversa informal com os presidentes, na qual foi explicada a pesquisa e as questões éticas envolvidas. Em seguida cada sujeito da pesquisa previamente preencheu o termo de consentimento livre e esclarecido para depois ser submetido ao estudo propriamente dito.

O local para a realização das entrevistas foi uma sala privativa localizada na sede de cada conselho ou Regional de Saúde, ou ainda na sala de reuniões da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sendo apenas uma entrevista efetuada na residência do presidente.

Os presidentes entrevistados discorreram sobre as perguntas: Como você percebe a prática do controle social na sua Regional? Fale sobre a sua vivência em relação à prática do controle social.

Os presidentes entrevistados puderam falar livremente sem a interferência da pesquisadora em seu discurso, cujo papel se limitou a manter a narrativa voltada para a questão central através de um roteiro (anexo2).

3.3.2 O momento da análise

Os momentos considerados importantes para a investigação fenomenológica são a descrição, a redução e a interpretação⁽¹⁸⁾.

A descrição fenomenológica resulta de uma relação dialógica entre um sujeito com o outro. Por meio do discurso do sujeito revelam-se as percepções da sua experiência vivida. Essas percepções passam a constituir os elementos estruturais do fenômeno.

A redução fenomenológica consiste, por sua vez, na busca das proposições que são significativas ao pesquisador e que lhe possibilitem compreender a essência do fenômeno.

A interpretação fenomenológica consiste em desvelar os significados psicológicos presentes nas descrições naturais e espontâneas do sujeito. Esta interpretação é realizada através da análise ideográfica e nomotética.

As descrições dos sujeitos foram submetidas à análise ideográfica, onde cada descrição individual ingênua foi analisada psicologicamente a partir das unidades de significado. Terminada esta, se iniciou a análise nomotética, buscando os *insights* (evidência ou atos da razão) gerais das estruturas individuais. Na verdade ocorre o movimento da psicologia individual para a geral, ou seja, da ideográfica para a nomotética. A análise nomotética resultou na compreensão das convergências e das divergências que se mostram nos casos individuais. Para tanto foi necessário que as psicologias individuais fossem comparadas⁽¹⁵⁾.

A análise das descrições percorreu quatro momentos^(15, 21):

- a leitura da descrição sem buscar qualquer elemento, a fim de chegar a um sentido geral do que está descrito; neste momento familiarizei-me com as descrições dos sujeitos; procurei colocar-me no lugar dos presidentes, de forma a chegar aos significados atribuídos pelos sujeitos da mesma forma como ele os atribuiu;
- a releitura da descrição tentando apreender unidades de significado, focalizando no fenômeno interrogado; neste momento foi necessário não só o envolvimento do meu conhecimento lógico, intelectual e objetivo, mas também do meu conhecimento pessoal, intuitivo, subjetivo e experiencial;

- a expressão dos significados contidos nas unidades identificadas. Neste momento cada descrição ingênua foi lida e analisada psicologicamente, expressando o que tinha de mais revelador no fenômeno investigado. Esta transformação da linguagem ingênua em linguagem psicológica permitiu que as descrições ingênuas feitas pelos sujeitos expressassem, de maneira oculta, realidades múltiplas que pudessem elucidar os aspectos psicológicos em profundidade do acontecimento. Neste processo de detecção de informações singulares relevantes teve papel fundamental a minha intuição e subjetividade, baseado nas minhas perspectivas, experiências anteriores, valores e maneiras de ver a realidade e o mundo de forma que, ao interagir com o objeto pesquisado, orientasse o meu foco de atenção para problemas específicos, determinadas informações e aspectos particulares. Foi necessário o reconhecimento e valorização do papel da intuição e da subjetividade no processo de selecionar, categorizar e interpretar as informações⁽³⁰⁾;

- chegou-se à estrutura do fenômeno e à sua essência através do agrupamento das unidades de significado nas seguintes categorias: o controle social, o conselho regional de saúde, a representatividade e o sistema de saúde.

Vale lembrar que a estrutura do fenômeno desvelado, não é algo definitivo e acabado porque haverá sempre novas verdades a serem desolcultadas⁽³⁰⁾. Somos seres que têm uma historicidade e o modo de viver de hoje está relacionado ao que fomos ao longo dos anos⁽²⁹⁾.

4 O DESVELAR-SE DO FENÔMENO

A seguir é apresentado todo o percurso de análise das entrevistas com os 13 presidentes dos conselhos regionais de saúde.

Primeiramente, as entrevistas foram analisadas individualmente por meio da análise ideográfica. Em seguida procedeu-se a passagem do individual para o geral mediante análise nomotética. Para por fim ser possível desvelar o fenômeno controle social em saúde.

4.1 A Análise Ideográfica

Neste momento da análise todos os discursos foram descritos na sua integralidade, as unidades de significado identificadas foram destacadas em negrito e numeradas ao final com algarismos arábicos entre colchetes. Para exemplificar esta etapa apenas a primeira entrevista foi exposta com a sua respectiva análise ideográfica.

Discurso 1

1- Como você percebe a prática do controle social na sua regional?

Bom a prática do controle social na nossa regional nos últimos tempos tem melhorado embora ainda seja muito frágil. Frágil porque mesmo por carência não ter a própria formação de compreensão do que seja o controle social ela se torna, aí é isso aí um ponto limitador, mas aí torna um pouco mais difícil a participação da sociedade em participar com mais propriedade e conhecendo de fato qual é o papel da sociedade, do próprio conselheiro nesse controle social no caso da saúde.[1] E também tem uma dificuldade que da forma como é representada as instituições e as associações ainda assim elas são frágeis mesmo porque lá você acaba escolhendo se tem aquela entidade, mas nem sempre há uma representatividade. Você tem um representante, mas a representatividade dele não é tão legítima, ela é legal porque foi escolhido, foi eleito e tal, mas a legitimidade nem sempre é atestada.[2] Mas de qualquer forma eu acredito que nós temos avançado um pouquinho é possível perceber que quem comparece que as pessoas que participam tem um interesse muito grande de ajudar, embora muitos sem saber querem participar. Mas tem também uma dificuldade uma outra dificuldade que é aquele por não conhecer ela acaba sendo influenciada, pode ser conduzida ou até se houver um maldade ser até manobrada porque se a gente deixe de ta conhecendo a fundo com mais destreza o sistema de acompanhamento disso aí você não controla bem, você participa mas não participa efetivamente porque não conhece bem como é que é[3] acredito que deva ser assim.

O nosso conselho mesmo ele foi criado em 94, de lá pra cá nós tivemos mudanças de governo, alternâncias de poder daí um governo inicialmente não sei se em 94 era o período do Cristovam acho que era o governo do Cristovam se não me engano, então ali se reiniciou o conselho regional do Gama e lá eu não participei desse momento, mas sei que desde 94 que já existe aqui o conselho regional instituído. Agora em 2005 eu iniciei minha participação diretamente é na reestruturação do conselho porque ele vinha parado desde então[4] aí a gente conseguiu no primeiro momento contar com quase a totalidade da composição que nossa composição é hoje é de 20 conselheiros titulares e 20 suplentes respeitando a paridade, onde há aí 50% de usuários ou 10 conselheiros, 25% de gestores, 5 gestores e 5 trabalhadores dos outros 25% respeitando então a paridade conforme está na resolução 333[5] pelo menos nisso a gente tem tentado trabalhar. Agora há sim toda essa dificuldade como nós não temos justamente uma formação melhor, conselheiros atuantes,

*participantes mesmo do processo, nós não conseguimos acompanhar a dinâmica de uma regional grande como esta,[6] embora não sejamos município um conselho regional também tem uma peculiaridade aí e uma dificuldade até porque a gente não atua assim tão efetivamente como atuam os conselhos municipais porque aqui os gestores não necessitam necessariamente recorrerem ao conselho gestor ou ao conselho regional de saúde, por exemplo, para ter um orçamento qualquer porque ele já é centralizado na secretaria de saúde então a gente não interfere muito aí. Então à medida que você não interfira aí não é o órgão responsável para estar assinando embaixo liberação, autorização de qualquer recurso orçamentário ou financeiro então você já perde um pouquinho da sua significância.[7]Então para a gente é um desafio muito grande estar conquistando espaço legal e legítimo previsto em lei, no planejamento, na participação do planejamento das ações, das políticas e até mesmo na fiscalização de alguns outros pontos que a gente acha que é possível fazer.[8] A história é essa que nós desde o início nós temos conseguido um avanço interessante e que é de sempre nos últimos mandatos sempre foi um representante usuário que foi eleito,[9] embora eu esteja aqui hoje como trabalhador, mas representando um segmento, uma ONG, uma organização não-governamental que aí no caso eu estou no segmento dos usuários e o que me conforta mais ainda é que na última recondução que nós tivemos eu pude contar com 9 votos dos usuários e não contei com outro voto porque era o outro candidato também usuário. Então a gente entende que o trabalho não está sendo é tão, eu não estou representando aqui um segmento e ao mesmo tempo embustido no outro segmento tentando fazer um jogo para defender A ou B. Eu acho que a gente **tem tentado fazer um trabalho em função de melhorar a qualidade de vida, melhorar o atendimento a saúde, fazer com que realmente os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde estejam colocados para a população**[10] esse tem sido o nosso trabalho.*

2- Fale sobre a sua vivência em relação à prática do controle social:

*A minha vivência desde esse período então de 2005 é de lá para cá nós, por estar inclusive ocupando a posição de presidente do conselho nós **temos participado de muitos, muitos eventos, eventos que certamente contribuem na própria formação, na compreensão do que seria esse controle social e da dificuldade que é a participação popular, a participação democrática na gestão e planejamento das políticas públicas e no nosso caso a política pública de saúde.***[11] Então a gente tem participado de muitos seminários, tem participado de conferências, participamos da 1ª conferência de gestão do trabalho e saúde do trabalhador, participamos aí de plenárias de conselhos e cursos, recentemente nós fizemos

um curso de facilitadores de aprendizagem do controle social orientado pela FEPECS e pela UnB então acredito que a minha participação tem sido produtiva, eu tenho adquirido muitas experiências e ao mesmo tempo aumentado algumas angustias porque a gente acaba ficando, acaba observando a dificuldade que é a compreensão de toda a dinâmica da saúde e ao mesmo tempo de todo esse instrumento que está posto para a gente que deveria ser como papel de conselheiro até mesmo individual ou coletivamente como conselho de você estar participando do planejamento da política, participando das estratégias, você está controlando todas essas ações, essas metas que são postas pelos gestores e depois aquilo não tem nenhum acompanhamento, a gente é realmente muito frágil para estar acompanhando isso,[12] mas ao mesmo tempo a gente vai ao longo dessa participação desses cursos, desses eventos a gente também vai se municiando de informações e informações para quem sabe no futuro breve aí no futuro não muito longe consegui realmente fazer com que a sociedade participe efetivamente do planejamento dessas políticas e que essas políticas quando forem planejadas também elas estejam a serviço da comunidade mesmo, isto é, elas levem em consideração aquilo que a comunidade, a sociedade precisa porque a gente tem visto muita coisa que acaba não acontecendo nesse modelo e aí essa experiência que a gente tem tido e estar lutando no sentido de trazer para a nossa região aqui, a nossa regional quando tivermos a oportunidade mesmo de estarmos trabalhando com o planejamento dessas políticas que elas realmente estejam contextualizadas e venham a atender a nossa comunidade.[13] Acho que as experiências têm nos trazido esses ganhos nos enriquecido sim embora tenha deixado algumas angustias, a gente vê a fragilidade que é ainda a participação do controle social.[14] Eu falo angustia em que sentido? Primeiro a angustia que a própria formação ainda que tivesse um conselho totalmente organizado, totalmente cheio de conselheiros atuantes e tudo, a dinâmica do que é a própria política ela é difícil de você acompanhar tudo, na mesma hora que você está acompanhando determinada ação, outras estão acontecendo concomitantemente e o conselho não tem braços e pernas para poder alcançar tudo isso aí a gente acaba tendo que trabalhar no sentido de eleger algumas prioridades, aquilo que é mais gritante[15] para a gente não depois ter até que ser irresponsável na hora de tá aprovando determinadas coisas, essa é uma angustia. A outra angustia é que ainda nós vivemos em um país onde a corrupção impera, os desmandos, a falta de punição ou a impunidade e certas ações dos governantes, das pessoas que estão no poder público, sobretudo, então a falta de impunidade disso aí deixa a gente muito angustiado porque você fica observando muitos desvios de recursos sabendo que lá na ponta a comunidade está sofrendo não tem no seu

atendimento.[16] Por exemplo nós temos um sistema único de saúde aí uma lei maior, a nossa carta magna que diz que saúde é um direito de todos e é dever do Estado onde quando a gente olha na prática isso não acontece e olha que estamos no Distrito Federal, Brasília onde a saúde ainda é uma das melhores do país, acho que não tem como contestar isso, é uma das melhores do país a gente tem uma estrutura física que a grande maioria dos nossos municípios e Estados não contam, podemos olhar só os nossos vizinhos, temos um vizinho próximo mesmo no Município do Novo Gama que já tem uma população de quase cem mil habitantes e não conta com um hospital regional, não tem internação, não tem internação para parto onde tudo é feito aqui no nosso hospital geral. Então isso é uma angustia e daí é que eu falo que a nossa participação ainda está muito aquém do que deveria em função de ter uma participação para melhorar esse serviço que se a gente for pensar nos princípios do SUS, a integralidade mesmo, ela deixa muito a desejar para a grande maioria da população,[17] é só um exemplo aí de angustia. É claro que pensando racionalmente num sistema organizado é claro que a gente não estaria dizendo que lá no Novo Gama, por exemplo, deveria contar com um hospital de nível terciário para fazer transplante, mas aí ele teria que ter de uma maneira mais facilitada um sistema organizado de referência e contra-referência para que ele pudesse saber aonde ele vai quando ele retornar para onde ele vai retornar então isso deixa a gente angustiado eu falei lá mas aqui no Gama é a mesma coisa, aqui no Gama nós temos essa dificuldade quando até a gente tem uma consulta mais especializada aí o acesso é complicadíssimo e até mesmo na atenção básica nós já enfrentamos uma grande dificuldade porque nem todos os centros de saúde conseguem alcançar a sua população adstrita oferecendo atendimento de clínica médica ou clínica geral, atendimento de pediatria e ginecologia.[18] Então a gente tem uma angustia por isso porque as ações que a gente faz por mais positivas que elas sejam elas são muito lentas comparadas às necessidades da população que são rápidas muitas até vitais dependendo da falha vai ali uma vida fora então isso deixa a gente angustiado.[19]

4.1.1 A redução fenomenológica

A redução fenomenológica corresponde à transformação das unidades de significado na linguagem da pesquisadora. Com o objetivo de facilitar a visualização desta, foi construído tabelas para cada discurso, onde na coluna da esquerda colocou-se as unidades de significado numeradas sequencialmente e na coluna da direita colocou-se a redução fenomenológica de cada uma.

Discurso I

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
<p>1- (...) a prática do controle social na nossa regional nos últimos tempos tem melhorado embora ainda seja muito frágil. Frágil (...) por (...) não ter a (...) compreensão do que seja o controle social (...) é isso aí um ponto limitador, (...) torna um pouco mais difícil a participação da sociedade em participar com mais propriedade e conhecendo de fato qual é o papel da sociedade, do próprio conselheiro nesse controle social no caso da saúde.</p>	<p>1- A prática do controle social tem melhorado, mas é muito frágil pela falta de compreensão do que seja o controle social, do papel da sociedade e do conselheiro nesse controle. Isso torna difícil a participação da sociedade no controle social.</p>
<p>2- (...) tem uma dificuldade que da forma como é representada as instituições e as associações ainda assim elas são frágeis (...). Você tem um representante, mas a representatividade dele não é tão legítima, ela é legal porque foi escolhido, foi eleito (...), mas a legitimidade nem sempre é atestada.</p>	<p>2- As instituições e associações são frágeis porque a representatividade dos conselheiros nem sempre é legítima.</p>
<p>3- (...) as pessoas que participam tem um interesse muito grande de ajudar, embora muitos sem saber (...) outra dificuldade que é (...) por não conhecer ela acaba sendo influenciada, pode ser (...) até manobrada (...) você não controla bem, você (...) não participa efetivamente porque não conhece bem como é que é (...).</p>	<p>3- As pessoas que participam das reuniões do conselho têm muito interesse em ajudar. Entretanto, pela falta de conhecimento, essas pessoas podem ser influenciadas e até mesmo manobradas. Dessa forma, a participação social não se torna efetiva.</p>
<p>4- (...) desde 94 que já existe aqui o conselho regional instituído. Agora em 2005 eu iniciei minha participação diretamente é na reestruturação do conselho porque ele vinha parado desde então (...).</p>	<p>4- O conselho foi reestruturado porque estava sem funcionar.</p>
<p>5- (...) nossa composição é hoje (...) de 20 conselheiros titulares e 20 suplentes respeitando a paridade, onde há aí 50% de usuários ou 10 conselheiros, 25% de gestores, 5 gestores e 5 trabalhadores dos outros 25%, respeitando então a paridade conforme está na resolução 333 (...).</p>	<p>5- O conselho regional de saúde do Gama é composto por 20 conselheiros titulares e 20 suplentes, dos quais 10 são representantes dos usuários, 5 são representantes de gestores e 5 representantes de trabalhadores, ou seja, 50% de usuários, 25% de gestores e 25% de trabalhadores, conforme a resolução</p>

	333.
6- (...) como nós não temos justamente uma formação melhor, conselheiros atuantes, participantes mesmo do processo, nós não conseguimos acompanhar a dinâmica de uma regional grande como esta (...).	6- Conselheiros atuantes e com uma melhor formação são necessários para o acompanhamento da dinâmica de uma regional de saúde.
7- (...) um conselho regional também tem uma peculiaridade aí e uma dificuldade até porque a gente não atua assim tão efetivamente como atuam os conselhos municipais porque aqui os gestores não necessitam necessariamente recorrerem ao conselho gestor ou ao conselho regional de saúde, por exemplo, para ter um orçamento qualquer porque ele já é centralizado na secretaria de saúde então a gente não interfere muito aí. (...) à medida que você não interfira aí não é o órgão responsável para estar assinando embaixo liberação, autorização de qualquer recurso orçamentário ou financeiro então você já perde um pouquinho da sua significância.	7- Os conselhos de saúde municipais atuam de forma mais efetiva que os conselhos de saúde locais, porque a liberação e autorização de qualquer recurso orçamentário são centralizadas na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Como os conselhos de saúde locais não interferem nisso, perdem o seu significado.
8- (...) é um desafio muito grande estar conquistando espaço legal e legítimo previsto em lei, no planejamento, na participação do planejamento das ações, das políticas e até mesmo na fiscalização de alguns outros pontos que a gente acha que é possível fazer.	8- É um desafio aos conselhos de saúde locais a conquista do espaço legal e legítimo, como previsto em lei, a participação no planejamento das ações e das políticas públicas de saúde e a fiscalização de outras questões.
9- (...) nós temos conseguido um avanço interessante e que é de sempre nos últimos mandatos sempre foi um representante usuário que foi eleito, (...).	9- O fato de ser eleito ao cargo de presidente do conselho regional de saúde um representante de usuário é um avanço para o conselho.
10-(...) tem tentado fazer um trabalho em função de melhorar a qualidade de vida, melhorar o atendimento a saúde, fazer com que realmente os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde estejam colocados para a população (...).	10- É função do conselho regional de saúde melhorar a qualidade de vida da população, melhorar o atendimento à saúde, implementar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).
11- (...) nós temos participado de (...) muitos eventos, eventos que certamente contribuem na própria formação, na compreensão do que seria esse controle social e da dificuldade que é a participação popular, a participação	11- A participação em eventos contribui para a formação dos conselheiros; para a compreensão do controle social e para a compreensão das dificuldades encontradas na concretização da participação popular na gestão e planejamento das políticas

<p>democrática na gestão e planejamento das políticas públicas e no nosso caso a política pública de saúde.</p>	<p>públicas de saúde.</p>
<p>12- (...) eu tenho adquirido muitas experiências e ao mesmo tempo aumentado algumas angustias porque a gente acaba ficando, acaba observando a dificuldade que é a compreensão de toda a dinâmica da saúde e ao mesmo tempo de todo esse instrumento que está posto para a gente que deveria ser como papel de conselheiro até mesmo individual ou coletivamente como conselho de você estar participando do planejamento da política, participando das estratégias, você está controlando todas essas ações, essas metas que são postas pelos gestores e depois aquilo não tem nenhum acompanhamento, a gente é realmente muito frágil para estar acompanhando isso, (...).</p>	<p>12- Os conselheiros devem participar do planejamento das políticas e das estratégias para assim conseguir acompanhar e controlar as metas e as ações dos gestores.</p>
<p>13- (...) ao longo dessa participação desses cursos, desses eventos a gente também vai se municiando de informações e informações para quem sabe no futuro breve aí no futuro não muito longe consegui realmente fazer com que a sociedade participe efetivamente do planejamento dessas políticas e que essas políticas quando forem planejadas também elas estejam a serviço da comunidade (...), isto é, (...) que elas realmente estejam contextualizadas e venham a atender a nossa comunidade.</p>	<p>13- A participação dos conselheiros nos eventos fornece subsídios para a participação social no planejamento das políticas públicas de saúde, de forma que estas sejam contextualizadas e atendam a comunidade.</p>
<p>14- (...) a gente vê a fragilidade que é ainda a participação do controle social.</p>	<p>14- A participação da sociedade no controle social é frágil.</p>
<p>15- (...) ainda que tivesse um conselho totalmente organizado, totalmente cheio de conselheiros atuantes e tudo, a dinâmica do que é a própria política ela é difícil de você acompanhar tudo, na mesma hora que você está acompanhando determinada ação, outras estão acontecendo concomitantemente e o conselho não tem braços e pernas para poder alcançar tudo isso aí a gente acaba tendo que trabalhar no sentido de eleger</p>	<p>15- O conselho de saúde por mais organizado e com membros atuantes que seja, precisa eleger algumas prioridades já que não consegue acompanhar a dinâmica dos processos políticos.</p>

algumas prioridades, aquilo que é mais gritante (...).	
16- (...) nós vivemos em um país onde a corrupção impera, os desmandos, a falta de punição ou a impunidade e certas ações dos governantes, das pessoas que estão no poder público, sobretudo, então a falta de impunidade disso aí deixa a gente muito angustiado porque você fica observando muitos desvios de recursos sabendo que lá na ponta a comunidade está sofrendo não tem no seu atendimento.	16- No Brasil há muitos desvios de recursos e impera a impunidade. Enquanto isso a comunidade sofre pela falta de atendimento das suas demandas de saúde.
17- (...) a nossa participação ainda está muito aquém do que deveria em função de ter uma participação para melhorar esse serviço que se a gente for pensar nos princípios do SUS, a integralidade mesmo, ela deixa muito a desejar para a grande maioria da população, (...).	17- A participação social está muito aquém do que deveria ser, já que não consegue melhorar os serviços de saúde e atender a população segundo os princípios do Sistema Único de Saúde.
18- (...) aqui no Gama nós temos essa dificuldade quando até a gente tem uma consulta mais especializada aí o acesso é complicadíssimo e até mesmo na atenção básica nós já enfrentamos uma grande dificuldade porque nem todos os centros de saúde conseguem alcançar a sua população adstrita oferecendo atendimento de clínica médica ou clínica geral, atendimento de pediatria e ginecologia.	18- O acesso a uma consulta especializada é complicado. Até mesmo na atenção básica, os centros de saúde não conseguem atender a população adstrita nas áreas de clínica médica, pediatria e ginecologia.
19- (...) as ações que a gente faz por mais positivas que elas sejam elas são muito lentas comparadas às necessidades da população que são rápidas muitas até vitais dependendo da falha vai ali uma vida fora então isso deixa a gente angustiado.	19- As ações do conselho regional de saúde não conseguem acompanhar as necessidades da população que são rápidas e até vitais.

Discurso II

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
1- O controle social Regional (...) falta muito a desejar é por causa de espaço físico nós não temos suficiente (...) para aquilo que nossos profissionais e nossos trabalhadores na área de saúde possam desenvolver e atender melhor a nossa comunidade (...).	1- O controle social deixa a desejar devido ao fato do Conselho Regional de Saúde do Riacho Fundo não possuir um espaço físico para o seu pleno exercício.
2- O nosso conselho (...) no Riacho Fundo não é conhecido porque nós estamos desde 95 (...) que a gente vem lutando, (...).	2- O Conselho Regional de Saúde do Riacho Fundo foi criado desde 1995, mas não é conhecido pela comunidade.
3- (...) é um dos melhores postos de saúde que tem atendimento, com os nossos funcionários, como o nosso trabalhador, gestores, nossos consultórios não tem problema, com a administração, com a Jô, essas meninas são umas guerreiras elas improvisam a sala para os médicos para fazer consultório médico porque falta apoio do governo da secretaria de saúde.	3- O Centro de Saúde do Riacho Fundo é um dos melhores devido à equipe e administração. Não tem problema de atendimento. A equipe improvisa consultórios médicos para os atendimentos. Falta apoio da secretaria de saúde do Distrito Federal.
4- O controle social vem avançando aos poucos, vem engatinhando, mas ele vem avançando devidamente da tomada dos conselheiros, dos conselheiros de todos os conselhos de saúde do DF que hoje nós somos em torno (...) atuante (...) parece que tem 14 ou 15.	4- O controle social tem avançado lentamente graças à ação dos conselheiros pertencentes aos conselhos de saúde atuantes que são em torno de 14 ou 15.
5- (...) trazer a comunidade para junto para o conselho, junto para o posto de saúde que nós não estamos conscientizando ainda a comunidade, estamos se estruturando para poder trabalhar mais, dá mais ânimo para a comunidade, procurar mais parceiros, (...).	5- O Conselho Regional de Saúde do Riacho Fundo busca se estruturar para poder trabalhar mais, procurar parceiros e estimular a participação social. Trazer a comunidade para junto do conselho.
6- (...) nós também não temos estrutura física, nós temos o nome do conselho, mas a nossa sede é o chapéu.	6- O Conselho Regional de Saúde do Riacho Fundo não tem sede própria, ou seja, não tem estrutura física.
7- (...) hoje o conselho já tem voz e voto porque os conselhos não tinham (...).	7- Os conselhos regionais não tinham direito a voz e voto, hoje já têm.
8- (...) nós temos cursos de capacitação que é um avanço (...) capacitar os	8- A capacitação dos conselheiros através de cursos sobre controle social, pacto

<p>conselheiros para poder saber trabalhar e como mexer com o controle social, (...) com o pacto social, pacto da saúde (...).</p>	<p>social e pacto da saúde é um avanço.</p>
<p>9- (...) é um avanço também da gente estar sabendo as falcatruas, como esse escândalo do sangue-suga agora já é um avanço muito grande na saúde é porque a gente vivia massacrado por umas coisas que a gente não sabia, a população não tinha conhecimento e eu já tenho, a imprensa não tinha aquela liberdade hoje também tem (...).</p>	<p>9- O acesso às informações por parte da comunidade e a liberdade de divulgação da imprensa representam avanços ao controle social.</p>
<p>10- (...) o controle social a partir de agora que a gente que tem mais, vamos ter mais acesso a documentação (...).</p>	<p>10- O acesso aos documentos da Secretaria de Saúde, por parte dos conselheiros, permite um maior exercício do controle social.</p>
<p>11- (...) essa minha vivência mais muito pouco. Pouca porque o nosso conselho não era muito participante eu lutava por fora, mas a força do conselho dentro do conselho a gente não tinha porque nós somos todos conselheiros, teve vez que ficou só eu e um gestor no conselho, o conselho praticamente acabou, o conselho de saúde do Riacho Fundo ainda não se enterrou porque eu não deixei (...).</p>	<p>11- O Conselho Regional de Saúde do Riacho Fundo tem pouca vivência em relação ao controle social, porque os seus membros eram pouco participativos e em algumas gestões a composição ficou incompleta pela desistência dos seus membros.</p>
<p>12- (...) a comunidade me procura, procura o posto e me procura porque acha dificilmente algum encaminhamento daqui do posto de saúde, aí me procurava porque, por causa do meu conhecimento lá fora também nos hospitais para internação, para cirurgia, então procura, procura juntamente esse pessoal lá fora também para não carregar só dentro do posto de saúde então esse meu conhecimento lá fora é muito importante (...).</p>	<p>12- A comunidade procura o conselho regional de saúde para conseguir mais facilmente encaminhamentos para as especialidades médicas, internações e cirurgias. O conselho regional de saúde atende tais demandas com o objetivo de não sobrecarregar o Centro de Saúde.</p>
<p>13- (...) como líder comunitário que eu faço parte não só do conselho de saúde aqui do Riacho Fundo eu faço parte da FAPED Fórum permanente das pessoas com deficiência do DF e entorno, faço parte de duas comissões de saúde e transporte e sou o segundo tesoureiro, mas isso é uma coisa que eu faço porque gosto,</p>	<p>13- O presidente do conselho regional de saúde é um representante de usuário. Além de fazer parte do conselho regional de saúde, é líder comunitário, participa do Fórum Permanente das Pessoas com Deficiência do Distrito Federal e Entorno, é integrante de duas comissões de saúde e de transporte.</p>

gosto de trabalhar pela comunidade, (...).	
--	--

Discurso III

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
1- (...) o pessoal participou muito das reuniões, mas hoje começou a decair, assim hoje em dia não existe mais uma participação tanta dos conselheiros, (...) mas com os gestores é difícil a gente conseguir uma comunicação, não existi muitos gestores na reunião do conselho são mais mesmo os usuários (...).	1- A participação dos conselheiros nas reuniões do conselho regional de saúde era maior e começou a decair. Não existem muitos gestores na reunião do conselho, os usuários são quem mais participam.
2- (...) as nossas reuniões estão sendo direcionadas para a conferência da regional, do Distrito Federal, (...) e a gente também já fez algumas visitas no Hospital de Base, no HRAN e em alguns postos de saúde. (...) o trabalho que a gente vem fazendo com os estudantes está sendo muito interessante para agregar o estudante e começar a discutir essa prática do controle social com os estudantes, (...) e o planejamento que a gente tem feito mesmo é em cima da conferência de saúde, a busca com as práticas de movimentos sociais a gente está começando a discutir, mas não (...) tem uma ligação efetivamente assim de prática mesmo com os movimentos sociais que é um objetivo nosso a longo prazo. A gente está pensando em fazer um seminário sobre os movimentos populares, discussão sobre controle social com os estudantes, mas as reuniões ainda estão acontecendo muito só os usuários e focando muito na organização da conferência de saúde da regional Brasília e do Distrito Federal.	2- O conselho regional de saúde tem realizado algumas atividades como: reuniões direcionadas a conferência regional de saúde e a conferência de saúde do Distrito Federal; realizado visitas aos hospitais e centros de saúde; tem feito trabalho com os estudantes com o objetivo de agregá-los aos conselhos regionais de saúde e de discutir a prática do controle social; tem discutido a aliança com os movimentos sociais e a realização de seminários sobre os movimentos populares e o controle social com os estudantes.
3- (...) a gente também fez algumas visitas no Hospital de Base na outra gestão, fizemos alguns relatórios sobre a situação dos hospitais, sobre propostas para a gente melhorar essa parte da rede hospitalar, na atenção básica também (...).	3- O conselho regional de saúde, na gestão passada, realizou algumas visitas nas instituições de saúde e, com base nisso, elaborou relatórios sobre a situação dos hospitais e centros de saúde, bem como apontou propostas para a melhoria da rede hospitalar e da atenção básica.

<p>4- (...) depois dessa nova gestão mudaram alguns conselheiros, existem alguns conselheiros remanescentes, mas uma idéia de renovação do conselho, assim a gente também está buscando essa idéia de renovar os conselheiros para formar mesmo multiplicadores e a gente começar a ter uma discussão mais ampla a nível da nossa regional sobre controle social, aproximação com o conselho comunitário dos bairros, das quadras, a gente está buscando muito isso.</p>	<p>4- A nova gestão do conselho regional de saúde é composta por novos conselheiros e conselheiros remanescentes. Há uma idéia de renovação do conselho com o objetivo de formar multiplicadores, de promover uma discussão mais ampla sobre controle social em nível regional e a aproximação com o conselho comunitário das quadras.</p>
<p>5- (...) ainda está muito naquela idéia de apagar o fogo de alguns problemas que existem na rede aqui do Plano Piloto (...) na verdade a gente está buscando uma identidade de grupo que muita gente que está no conselho às vezes não sabe nem muito bem o que é controle social, já organizamos um curso de capacitação, junto com o conselho do DF e participamos da organização desse curso de capacitação, capacitamos alguns conselheiros, mas ainda vejo muito superficial assim a idéia de controle social, do compromisso mesmo do controle social assim, acho que ainda está muito a desejar do nosso conselho.</p>	<p>5- A idéia de controle social e o compromisso com esse controle entre os conselheiros é ainda muito superficial. Apesar dos cursos de capacitação muitos conselheiros não dominam o assunto. Ainda vigora a idéia de resolver os problemas emergentes de forma paliativa e não definitiva. Os conselheiros buscam uma identidade de grupo.</p>
<p>6- (...) a prática com o controle social foi muito mais como estudante, centro acadêmico, dentro dos diretórios, dentro da executiva nacional de estudantes que é mais uma representatividade máxima, eu que sou estudante de fisioterapia, então minha ligação com o controle social e movimento social entendendo que o movimento estudantil é movimento social a gente vem discutindo já há algum tempo algumas práticas populares assim de controle e de promoção assim de saúde, prevenção, através dos projetos de extensão da universidade, assim a minha vivência com controle social agora como conselheiro e presidente como uma situação oficial no conselho, agora que a gente está tentando agregar estudantes para o exercício nos conselhos de saúde, esse é o papel que a gente vem desenvolvendo de ter essa prioridade, de</p>	<p>6- A prática com o controle social foi maior como estudante por ter participado do centro acadêmico, dos diretórios e da executiva nacional de estudantes. Há muito tempo, dentro dos movimentos estudantis, são discutidas algumas práticas populares de promoção e prevenção da saúde através dos projetos de extensão universitária. A vivência da prática do controle social na função de conselheiro e presidente do conselho regional de saúde é a de consolidar a participação dos estudantes nos conselhos.</p>

puxar esse gancho para o controle social dos conselhos de saúde.	
--	--

Discurso IV

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
1- (...) eu estou no meu segundo mandato de conselheiro, fui eleito no primeiro mandato de 2003-2005, o segundo mandato da gestão 2005-2007 fui eleito pela maioria presidente (...).	1- O presidente do conselho foi eleito e está no seu segundo mandato.
2- (...) minha experiência como conselheiro dentro do controle social tem sido muito válido até porque hoje a regional de Santa Maria está numa situação mais cômoda do que as demais regionais, nós estamos com uma obra do hospital em andamento do qual vão ter 384 leitos mais 44 em UTI e foi uma luta minha e dos demais conselheiros até porque eu me recordo que a verba da construção do hospital ficou contingenciada durante 4 anos, na época eu procurei o senador atual vice-governador do DF para que ele sensibilizasse a época o ministro Felipe Saraiva para que ele descontingenciasse a verba do hospital. Em 2005 começamos as obras, a previsão era para que o hospital tivesse um número de leitos inferior 280 e na retomada da construção da obra foram aumentados os números de leitos que hoje só perde proporcional de tamanho para o hospital de Base é o segundo maior hospital, será o segundo maior hospital do DF e com certeza o mais moderno.	2- A experiência do controle social tem sido válida devido à construção do Hospital Regional de Santa Maria.
3- (...) foi o primeiro regional de saúde a ter o atendimento 24 horas, temos hoje dois centros de saúde, 4 postos de saúde, temos o programa agente de saúde funcionando, então dentro do meu controle, os princípios básicos do controle social, do SUS é a universalidade e a gratuidade que é o princípio básico de saúde. Temos o grupo de hipertensos, temos o grupo de diabete, trabalhamos	3- Os princípios básicos do Sistema Único de Saúde são a universalidade e a gratuidade por meio da prestação dos serviços públicos de saúde e dos seus programas.

com o grupo de idosos (...).	
4- (...) estou lançando agora para esse segundo semestre um informativo, até porque a intenção é ter um maior participação dos usuários, da comunidade, até porque eu fui eleito pelos usuários da comunidade então esse segundo semestre do mandato eu pretendo lançar um informativo do conselho (...).	4- O conselho regional de saúde pretende promover uma maior participação dos usuários através do lançamento de um informativo.
5- (...) hoje nós temos um quadro aqui lamentável na nossa cidade que um dos maiores casos de gravidez precoce no Distrito Federal então eu tenho essa preocupação também então temos feito parcerias com a Regional de Ensino para que dentro dessa parceria nós possamos ter palestras, ter informativo para esse estudante até porque como eu volto a citar e tal o índice de gravidez precoce é muito grande e conscientizar (...) o jovem (...) hoje quase 60% do atendimento no SAMU infelizmente é trote, podia está atendendo uma diligência e chega no local da diligência é trote podia está atendendo um caso mais grave tipo de uma precisão maior então a gente está recebendo essa parceria junto a regional essa conscientização. Doenças sexualmente transmissíveis que os jovens hoje tem tido uma vida ativa sexual muito cedo isso é preocupante também porque não só a gravidez, mas doença sexualmente transmissível então essa é a nossa preocupação hoje e dentro desse informativo a gente quer uma participação mais ampla da comunidade de Santa Maria eu tive parceria com a administração regional, com a gerência de educação, com o conselho de segurança, com o conselho ambiental então tem tido uma participação maior com o segmento da sociedade e eu priorizei no meu mandato como presidente.	5- A atual gestão do conselho regional de saúde priorizou as parcerias com a regional de ensino, com o conselho de segurança, com o conselho ambiental e com a administração regional para promover uma participação mais ampla dos segmentos da sociedade na resolução dos problemas da comunidade e para promover educação em saúde com o objetivo de conscientizar os jovens sobre gravidez na adolescência, sobre as doenças sexualmente transmissíveis e sobre o atendimento do SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência).
6- A minha preocupação hoje é que o Hospital de Santa Maria seja o futuro Hospital do Gama, cheio, não atendimento, não bom atendimento, o PS lotado de pacientes e que a minha	6- O conselho regional de saúde preocupa-se com a inauguração do Hospital Regional e com o seu funcionamento, tendo em vista a expectativa gerada nos

<p>preocupação também maior é que seja o evento do Hospital do Paranoá que foi inaugurado o Hospital do Paranoá e não houve atendimento e não houve funcionamento como quem a comunidade principalmente aquela comunidade do Paranoá esperava então nossa preocupação é muito grande, não adianta ter uma estrutura imensa dessa, um belo Hospital desse, mas que não tem atendimento, então vai ser uma coisa frustrante para os usuários de saúde. Eu espero que o governo cumpra a sua promessa, inaugure o Hospital dia 21 de Abril de 2008, com funcionamento, com funcionários, porque não adianta aquele espaço físico todo sem o corpo técnico dos funcionários.</p>	<p>usuários do sistema de saúde.</p>
<p>7- Hoje os conselhos regionais funcionam numa precariedade muito grande (...) são poucos conselhos que infelizmente funcionam diferente do conselho de segurança, do conselho tutelar, do conselho de habitação porque esses conselheiros têm um incentivo, nós conselheiros de saúde não, nós somos literalmente todos voluntários, nós não recebemos incentivo nenhum pelo contrário temos mais dá, mas é por uma causa justa que a comunidade, especialmente o usuário de saúde. Nós não temos, por exemplo, um apoio de materiais, nós não temos um corpo técnico para especificamente atender o conselho, nós não temos uma linha telefônica para que a comunidade possa fazer sugestão, reclamação ou denúncia, nós não temos uma ajuda de veículo para que se possa nos locomover aos eventos, às reuniões, às plenárias. Então assim tudo que nós fazemos hoje é através do custo individual de cada.</p>	<p>7- Os conselhos regionais funcionam de forma precária, diferentemente dos conselhos de segurança, tutelar, de habitação, pois estes recebem incentivos materiais e financeiros do governo. Não há uma consultoria técnica para atender o conselho regional de saúde.</p>
<p>8- (...) hoje a proporcionalidade do conselho são 12 titulares e 12 suplentes dentro da proporcionalidade, como proporcionalidade? 6 usuários comunidade, 6 suplentes comunidade, 3 trabalhadores e 3 suplentes da saúde, 3 gestores e 3 suplentes. Então assim os</p>	<p>8- A questão da paridade nos conselhos é questionada pelo fato de 50% dos membros serem representantes de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores, tendo em vista que os dois últimos podem ser considerados</p>

gestores e os trabalhadores já são servidores públicos, (...).	representantes de uma mesma instituição.
9- (...), infelizmente não há esse incentivo dos gestores lá na secretaria de saúde para que possa preparar melhor esses conselheiros e incentivá-los, (...). Então assim os gestores e os trabalhadores já são servidores públicos, então já tem o incentivo deles, agora os usuários infelizmente nós, pelo que eu acompanho no DF, infelizmente não funciona principalmente os usuários, não tem incentivo de ir às reuniões, não tem incentivo de ir numa reunião plenária, não tem incentivo de ir para um debate, para um seminário porque não tem ajuda nenhuma.	9- Os representantes de gestores e trabalhadores são funcionários públicos, e já possuem algum tipo de incentivo, enquanto os representantes de usuários, não.

Discurso V

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
1- (...) não está muito eficaz, aí o controle social, eu ainda acho muito fraco porque eu vejo assim que principalmente com a comunidade eles precisam de muito conhecimento, saber o que é conselho de saúde, saber o que é controle social, ter mais conhecimento sobre o SUS, então é isso.	1-O controle social não é muito eficaz devido à falta de conhecimento da comunidade sobre conselho de saúde, controle social e Sistema Único de Saúde (SUS).
2- (...) eu já participo, assim não necessariamente no conselho, porque desde o início de Ceilândia nós tivemos movimentos que já levavam ao conselho de saúde, então desde o início desde 81, 82 nós já começávamos a fazer reuniões na nossa regional para levantar os problemas, fizemos fórum, seminários, já levantamos problemas de saúde da nossa região.	2- Desde o início de Ceilândia, nos anos 80, já havia movimentos e reuniões que levantam os problemas de saúde da região e que levariam ao conselho de saúde.
3- O que eu vejo assim do controle social é a falta de conhecimento (...) o que falta realmente é o conhecimento, as pessoas não sabem o que é o SUS em questão até mesmo, quais são os serviços que a regional ou o hospital pode lhe oferecer entendeu, eu vejo tudo isso, é uma dificuldade para as pessoas, elas fazem	3- Há falta de conhecimento para o exercício do controle social. As pessoas fazem muitas cobranças sem conhecer o Sistema Único de Saúde, o funcionamento e a organização dos serviços de saúde que lhe são oferecidos além de desconhecer os seus direitos de cidadão.

<p>muitas cobranças, mas não tem conhecimento dos seus direitos realmente (...).</p>	
<p>4- (...) o objetivo meu agora nesse mandato no conselho fortalecer e estabelecer, criar lá junto com o conselho, os conselhos gestores que na nossa regional são 12, (...) depois mostrar para esses conselheiros, o que é o hospital, a nossa regional, quais os serviços que são oferecidos, os programas que a secretaria de saúde, ela faz através da nossa regional, quais são os programas que nós temos na nossa regional, depois com a sala de situação mostrar (...) a nossa realidade de saúde de Ceilândia (...) quais são as doenças que mais atingem a nossa população, as nossas deficiências, as nossas carências (...). Então o que leva a ter conhecimento sobre isso para aí então o conselho realmente existir de fato o controle social por que como que a gente vai exercer um controle social se a gente não tem conhecimento da nossa realidade. (...) eu agora nessa gestão de presidente do conselho se eu consegui fazer com que os conselhos gestores funcionem juntamente com o conselho regional e que as pessoas sejam informadas, tenham conhecimento do que é SUS, do que é de tudo isso que eu falei eu acho que assim nós vamos conseguir ter um controle social, mas através do conhecimento.</p>	<p>4- Para o controle social existir de fato são necessários o fortalecimento e estabelecimento dos conselhos gestores e o fornecimento de informações aos conselheiros e comunidade sobre os serviços de saúde e sobre a realidade epidemiológica da Cidade de Ceilândia.</p>
<p>5- (...) em alguns centros de saúde já temos os conselhos gestores, mas esse conselho gestor (...) não funciona, ele não tem orientação de como funcionar (...) o que nós estamos pretendendo é exatamente isso botar esse conselho gestor para funcionar dando conhecimento (...).</p>	<p>5- Em alguns centros de saúde há o conselho gestor, embora não funcione por falta de orientação. O conselho regional de saúde da Ceilândia pretende capacitar os conselhos gestores para que eles funcionem em sua plenitude.</p>
<p>6- (...) em 2002 foi que começou realmente a funcionar novamente o conselho regional.</p>	<p>6- O conselho regional de saúde da Ceilândia voltou a funcionar de fato em 2002.</p>
<p>7- (...) nós temos as três representações: usuários, trabalhadores e gestores. Os trabalhadores são escolhidos através do sindicato (...) as pessoas que estão presentes se candidatam e são escolhidas (...) através do sindicato. Os gestores eles são indicados pelo gestor (...). E os</p>	<p>7- O conselho regional de saúde da Ceilândia apresenta as três representações: usuários, trabalhadores e gestores. Os trabalhadores são escolhidos por intermédio do sindicato. Os gestores são indicados pelo gestor. E os usuários são escolhidos pelas associações. Uma vez</p>

<p>usuários eles são escolhidos através das associações das entidades, então eles se reúnem cada um na sua entidade, na sua associação e fazem uma eleição entre eles e depois eles enviam para a gente a carta com a cópia da ata que eles foram eleitos. Então nós reunimos (...) escolhemos junto (...) o representante de cada setor. Aí depois que é composto o conselho, aí na primeira reunião a gente escolhe entre todos os representantes (...) o presidente, alguém se candidata aí é votado (...).</p>	<p>composto o conselho, na primeira reunião os representantes interessados na presidência se candidatam e por meio do voto é eleito o presidente do conselho.</p>
<p>8- (...) no momento nós estamos assim com aqueles problemas mais emergentes, pronto socorro é um problema (...) na nossa regional não foram escolhidos todos os chefes dos setores, que é uma indicação política (...). Então o serviço não anda, fica travado não tem quem possa tomar as decisões, então esse é um assunto que está sendo discutido no conselho (...) a nossa comunidade que tem uma invasão, nós já fizemos visita lá os problemas são graves de saúde, falta de saneamento básico então a gente tem detectado esses problemas e a gente discute e começa a agir nessa forma de estar pedindo ajuda e cobrando de quem de direito.</p>	<p>8- O conselho de saúde da Ceilândia discute os problemas da regional de saúde e da comunidade para então agir e cobrar a quem de direito.</p>
<p>9- (...) eu sou pioneira de Ceilândia moro lá desde o início então tenho um grande conhecimento na cidade e cada conselheiro tem a sua entidade, a sua associação que leva os problemas e eles levam para o conselho.</p>	<p>9- Os conselheiros levam para o conselho regional de saúde da Ceilândia os problemas identificados pelas associações dos quais eles representam.</p>
<p>10- Geralmente quando eles são informados de alguma coisa que foi determinado ou que foi resolvido eles levam de volta para as suas associações inclusive o nosso diretor regional ele está bem participante toda reunião nossa ele está presente. Então sempre que tem alguma decisão ou até mesmo na secretaria ele comunica com a gente. Então a gente fica sabendo dos problemas e das decisões também é através dele.</p>	<p>10- As decisões e resoluções do conselho regional de saúde da Ceilândia são levadas às entidades por meio dos seus representantes que fazem parte do conselho. O diretor da regional de saúde da Ceilândia comunica ao conselho de saúde as decisões da Secretaria de Saúde.</p>
<p>11- (...) o maior objetivo do conselho de saúde mesmo é o controle social para que o SUS permaneça. Então a maior luta do conselho é essa, é a permanência do SUS.</p>	<p>11- O maior objetivo do conselho de saúde é o SUS.</p>
<p>12- Nós precisamos ter mais</p>	<p>12- É preciso conhecimento para saber</p>

<p>conhecimento para que a gente possa priorizar. (...) a prioridade é o emergente (...). Então pronto socorro, (...) é uma coisa que a pessoa vai com aquela necessidade, então chega lá e não encontra o médico, então ela vai para ouvidoria, vai para o conselho reclamar porque não tem o médico cardiologista ou o clínico que chegou lá. (...) mas eu creio que é muito mais que isso e a nossa luta é para que as pessoas entendam isso. Que a gente tem que priorizar a realidade como um todo.</p>	<p>priorizar. A prioridade da população é o emergente, por exemplo, o pronto socorro, mas o que deve ser priorizado é a realidade como um todo.</p>
--	---

Discurso VI

Unidade de Significado	Redução Fenomenológica
<p>1- Bom a prática ela não está totalmente eficiente a gente vê que a população ainda não está plenamente assistida e precisa passar bastante treinamento tanto para os gestores, trabalhadores de saúde e uma conscientização também para disciplinar a procura a essa atenção dos usuários, da comunidade de um modo geral, então ela ainda está um pouquinho deficiente, mas o conselho e a regional de saúde tem trabalhado bastante para a gente levar o melhor dentro dessa atenção que é o controle social.</p>	<p>1- A prática do controle social não é eficiente porque a população não está totalmente assistida pelo sistema de saúde, os gestores e trabalhadores de saúde precisam de mais treinamento e os usuários precisam de esclarecimentos para disciplinar a procura aos serviços de saúde.</p>
<p>2- (...) na parte referente a funcionários, assistente social é deficiente principalmente na área de saúde, os funcionários mesmo para o atendimento para saber algumas áreas de atenção a saúde não são assistidas, é praticamente isso, é falta de pessoal treinado para atender a comunidade.</p>	<p>2- Há falta de recursos humanos treinados na área da saúde para atender a comunidade. Algumas áreas de atenção à saúde não são contempladas pela falta de funcionários.</p>
<p>3- A minha vivência é pouca é basicamente o tempo que eu tenho de conselheiro dois anos e meio, foi quando eu tive o primeiro contato com exatamente o controle social, mas eu tenho me interagido bastante com os assistentes sociais de outras áreas (...) tenho conversado, tenho pegado folhetos</p>	<p>3- A experiência com o controle social é pequena como presidente do conselho regional de saúde e como líder comunitário dado o tempo de dois anos e meio no mandato.</p>

<p>instrutivos com relação a isso e também dentro da saúde, conversado com os enfermeiros, com os gestores da saúde e como líder comunitário, de alguma maneira a gente acaba integrando também a atenção ao controle social então a experiência que eu tenho é basicamente essa.</p>	
<p>4- (...) a principal função do conselho é fiscalizar a atenção a saúde pelos gestores desses trabalhadores, ver como está o atendimento a gente tem comissões também dentro do conselho que é para ficar como parceiras dentro desses órgãos para os gestores do governo tanto da área de saúde como na área administrativa, comissão do meio ambiente, nós temos comissão de comunicação, temos a nossa comissão de orçamento mais fiscalizadora.</p>	<p>4- A principal função do conselho regional de saúde é fiscalizar a saúde por meio das comissões.</p>
<p>5- A gente reúne uma vez por mês, reunião ordinária e qualquer conselheiro pode propor uma reunião extraordinária para tratar de um tema específico e a gente sempre nas reuniões ordinárias a gente coloca a nossa pauta com dois temas para serem discutidos e levar informação às comunidades e a nossa reunião a gente faz itinerante, cada mês a gente faz em um bairro para poder atender toda a população de São Sebastião.</p>	<p>5- O conselho regional de saúde reúne-se mensalmente nas reuniões ordinárias, e extraordinariamente, nas reuniões extraordinárias. Os assuntos discutidos na pauta das reuniões são levados à comunidade. As reuniões são itinerantes para facilitar a participação da comunidade.</p>
<p>6- Quando há uma eleição a gente convida todos os segmentos sociais da cidade, convida para elas indicarem um representante e um suplente. Essas comunidades representantes elegem dentro da proporcionalidade basicamente os usuários, porque os trabalhadores são indicados pelo sindicato e os gestores normalmente a gente aproveita aqueles que já estão operando nas unidades locais de saúde. Então essas entidades elegem um determinado, hoje nosso conselho hoje em dia é de 16 pessoas, 16 membros, sendo 8 usuários, então os 8 representantes que tiverem o maior número de votos serão os conselheiros titulares representantes dos usuários e</p>	<p>6-Os representantes de usuários do conselho regional são escolhidos por meio de eleições dentro dos seus respectivos segmentos sociais que compõem a cidade. Os representantes de trabalhadores são indicados pelo sindicato e os representantes de gestores são aqueles que já se encontram em cargos comissionados. O presidente do conselho é escolhido por meio de eleição interna, onde quem vota são os conselheiros eleitos.</p>

<p>dentre todos os 16 conselheiros eleitos faz-se uma eleição ou faz-se a chapa para escolher o presidente do conselho, então quem vota no presidente do conselho são os conselheiros eleitos.</p>	
<p>7- (...) a gente discutiu muito nos conselhos problema da dengue, problema de hantavirose que eram problemas endêmicos ali da região, mas a gente fala também divulgação, de estender, de levar o conhecimento da população que na cidade tem um conselho, e se ele de alguma maneira não foi bem atendido, achou que foi injustiçado em qualquer local de atendimento a saúde, pode trazer esse problema no conselho, que o conselho vai a direção regional de saúde questionar o porquê.</p>	<p>7- Os assuntos discutidos nas reuniões do conselho regional de saúde referem-se às endemias e a necessidade de divulgação da existência e função do conselho regional de saúde para a comunidade local.</p>
<p>8- Foi criada recentemente uma ouvidoria, a gente leva, a gente mostra, orienta esse usuário o que ele deve fazer para que ele realmente seja bem atendido ou para que receba uma explicação, o porquê do não atendimento.</p>	<p>8- O conselho regional de saúde orienta o usuário sobre a existência e a forma de uso da ouvidoria da regional de saúde.</p>
<p>9- (...) a gente procura orientar o usuário e também atender o trabalhador que a gente tem muita falta de funcionários, a gente conversa com o sindicato, (...).</p>	<p>9- O conselho regional de saúde atende também aos trabalhadores no que se refere à falta de recursos humanos mediante articulação com os sindicatos.</p>
<p>10- (...) quando qualquer usuário tem conhecimento da existência do conselho então procura o conselheiro faz o relato, faz a reclamação diretamente ao conselheiro que leva essa reclamação para a reunião ordinária para o conselho para a gente debater. (...) a gente ouve e faz um relatório daquilo, debate sobre aquele assunto e faz um relatório e envia ao segmento que o requereu.</p>	<p>10- O usuário, uma vez ciente da existência do conselho regional de saúde, faz suas reclamações ao conselheiro que as leva para serem discutidas na reunião ordinária. Ao final faz-se um relatório que será remetido para o conhecimento do usuário.</p>
<p>11- (...) ouvir os diversos segmentos, inclusive os trabalhadores e levar para direção da regional de saúde buscar soluções para esses problemas, a gente ouve, vê onde é que está doendo mais nos usuários principalmente, onde é que está faltando maior atenção e a gente leva exatamente para os gestores da saúde para</p>	<p>11- O conselho regional de saúde comunica aos gestores os problemas trazidos pelos usuários e trabalhadores e tenta soluções em conjunto.</p>

a gente tentar solucionar esses problemas.	
12- Uma vez reunido o conselho, na reunião mensal a gente ouve a comunidade enumera os questionamentos, meça as prioridades e seus anseios e o conselho reuni e diz, vê, seleciona e enumera quais são aquelas prioridades mais relevantes para a gente atuar naquelas que tiveram maior número de citação.	12- O conselho regional de saúde durante as reuniões mensais prioriza os assuntos mais relevantes pelo número de citações.
13- Infelizmente a gente defronta às vezes com a não aceitação de alguns segmentos principalmente do governo dos conselhos embora os conselhos sejam reconhecidos por lei, é às vezes eles não querem reconhecer isso e a reclamação de certos conselheiros, é que alguns lugares até a porta lhe é fechada para que ele não chegue lá para representar aquele reclame de um usuário, de um trabalhador então é importante que o nosso trabalho ele é voluntário, não é remunerado, a gente faz aquilo de coração, e qualquer cidadão sendo ele gestor ou trabalhador em algum momento da sua vida ele é usuário e a gente que está trabalhando com o coração, está doando nosso tempo, está doando nosso conhecimento eu acho que a gente merece muito mais respeito, muito mais atenção por todos os segmentos, tanto pela sociedade de modo geral como também pelos órgãos do governo.	13- Os conselhos de saúde, embora criados por lei, não são reconhecidos e respeitados pelos órgãos do governo.
14- O controle social para ele ser realmente 100% efetivado isso demanda recursos financeiros e quem tem o recurso é o governo e ele libera a conta-gotas então para a implementação de um pleno controle social é preciso uma ação mais firme do governo mais consistente do governo dando recursos para que a população seja atendida, então a gente vê ele muito devagar, espero que o governo abra mais a torneira e solte mais dinheiro tanto para recurso humano como recurso material para realmente ter implementado esse controle social que a sociedade tanto anseia e deseja.	14- O controle social para ser efetivado e implementado em sua plenitude necessita de ações firmes e consistentes do governo, no que diz respeito ao investimento em recursos humanos e financeiros.

Discurso VII

Unidade de Significado	Redução Fenomenológica
<p>1- Um caos porque agora que a gente está vendo que tem gestor que é o diretor do hospital, ele está tentando organizar, manter a ordem e a disciplina a gente vê até que é vontade dele fazer, mas só que vem de cima para baixo algumas coisas não têm, algumas coisas são difíceis, mas o que eu sinto que eu vejo, depois que ele entrou, ele chamou o conselho, conversou, nós passamos algumas coisas para ele e ele está tentando resolver porque estava um caos. A gente vê que dentro dos postos, dos centros de saúde ainda está com problema a gente sabe disso, então noca de controle social, então a gente vê que muita coisa ainda precisa arrumar, estruturar.</p>	<p>1- O controle social era um caos, não existia. Com a substituição do diretor da Regional de saúde houve abertura para a exposição dos problemas identificados pelo conselho e a tentativa de resolução.</p>
<p>2- (...) a gente está vendo como o conselho que estão tentando colocar as coisas em ordem. Eu posso citar médicos que chegavam eram 3, 4 médicos atendendo, só chegava um, as pessoas que chegavam lá às 8 horas da manhã só eram atendidas às 4 da tarde porque os médicos não iam, então o que aconteceu que a gente está vendo que a coisa está funcionando eles agora estão assinando a hora que chega entendeu? E você pode ir lá, a gente passa lá e diz assim quantos médicos tem aí? 3, mas você vai lá tem 3, antigamente o enfermeiro dizia assim tem 3, você chegava lá tinha um atendendo o dia todo, tinha uns médicos que chegavam lá depois da hora assim com ignorância com os pacientes tanto no ambulatório como no PS e centros de saúde (...), hoje a gente vê que está começando eles chegarem na hora, espero que continue entendeu a situação reverta aí sim a gente vai dizer que tem controle social.</p>	<p>2- A condição para afirmar que existe controle social será a partir da conquista do cumprimento da escala de trabalho pelos médicos.</p>
<p>3- (...), a gente faz uma reunião aí procura saber com a comunidade o que está acontecendo (...), nós temos um ambulatório lá que as pessoas com deficiências mentais, com problemas</p>	<p>3- A comunidade leva os problemas da regional de saúde para as reuniões do conselho de saúde local.</p>

<p>mentais, com problemas de coração, problemas de dermatologia que eram atendidos tudo no mesmo local, então isso também está sendo resolvido. (...) a gente está vendo que o problema da ortopedia em Sobradinho está terrível de 13 médicos ficaram 2, agora botaram mais um. Pela vivência que a gente está tendo, pela situação que a gente está vendo com toda sinceridade ainda penso na humanização incondicional que eu acho quando isso começar a ocorrer aí o restante melhora.</p>	
<p>4- O controle social, ele é desorganizado, ele não é feito, mas eu acredito que é mais sobre os trabalhadores. Está faltando o SAMU, ele não veio em tal lugar, então está faltando isso, isso e isso; os enfermeiros não vieram trabalhar. Então acho que tudo isso é gestão, e a gestão está tentando resolver. Como vou tornar a dizer, aí nós vamos ter o controle social.</p>	<p>4- Não há controle social, ele é desorganizado. O controle social não é feito em relação aos trabalhadores, que é um problema de gestão. Se houver gestão dos serviços de saúde haverá o controle social.</p>
<p>5- Nosso conselho (...) nós temos dois trabalhadores, (...), a gente não tem secretaria, então eles correm atrás, (...), aí chama alguém para fazer toda a parte de escrita, aí mandam para mim aí eu assino (...), é precário, nossa situação é precária, mas a gente está conseguindo trabalhar.</p>	<p>5-A situação do conselho regional de saúde é precária, não tem secretária.</p>
<p>6- O nosso conselho já tem 12 anos, só que eu já estou na segunda gestão, mas como presidente é a primeira, e o que eu vejo melhorou muito, (...) melhorou, (...), a conscientização das pessoas, mas ainda a gente tem inclusive aqueles conselheiros, (...) que não vão, não são responsáveis.</p>	<p>6- O conselho regional de saúde tem 12 anos e é possível observar melhora na conscientização da comunidade.</p>
<p>7- (...) o trabalhador ganha, o gestor ganha, o usuário não. O dia que colocar para essa emenda 29, se Deus quiser vão passar, então os conselhos vão ter condições de trabalho aí sim, aí todo mundo vai querer ser conselheiro.</p>	<p>7- Os conselheiros representantes dos usuários terão condições de trabalho quando a emenda 29 for votada.</p>
<p>8- (...), é feito cartas, pessoas da comunidade, pessoas só representativos na cidade como a associação comercial, Lions Clube, Rotary Clube e outros</p>	<p>8- Os conselheiros representantes dos usuários são indicados pelas associações e entidades da comunidade, enquanto o presidente e vice-presidente do conselho</p>

<p>vários, bombeiro, PM, então é sanado o que é o SUS para que ele serve, quais são os direitos, o controle social, explica-se tudo aí dali se tira quem quer ser o presidente, quem quer ser o vice-presidente, tira-se tudo por votação, (...).</p>	<p>são escolhidos por meio do voto.</p>
<p>9- (...), são vários assuntos: primeiro centros de saúde precários, a gente discute; FERCAL está com uma precariedade tremenda, veio o vice-presidente que vai muito para lá, levar material, esses negócios, o PFS, então ele fala assim olha lá está um problema a situação do banheiro, do esgoto, daqui a pouco o esgoto vem em cima dos dentistas, então está com esses problemas, aí nós fazemos uma documentação, essa é uma vez no mês, segunda no mês, mas se precisar em caráter de emergência, nós estamos lá todo dia, aí fazemos um documento para o diretor pedindo o administrativo que resolva esses problemas; aí o ambulatório geralmente tem muito problema, a enfermeira, a gente chama as enfermeiras de todos os setores, o Aécio sempre passa avisando nós vamos ter reunião do conselho extraordinário (...) eu tudo eu recebo por escrito e boto em ata a não ser que a pessoa vá lá e a gente coloca na hora, mas fora disso só por escrito (...), aí nisso a gente faz o documento e passamos para o diretor e esperamos a providência.</p>	<p>9- Os problemas de saúde dos centros de saúde, das unidades do programa saúde da família e do ambulatório da regional de saúde são levados às reuniões ordinárias ou extraordinárias por escrito ou por intermédio da exposição oral, são registradas em ata, documentadas e encaminhadas ao diretor da regional para a tomada de providências.</p>
<p>10- Nós quando fomos para a televisão não foi caso nem da gente querer ir, nós fomos ao Ministério Público relatar alguns problemas que a gente já tinha discutido várias vezes tinham as macas, as pessoas chegavam para ser atendidas, não tinha colchão, (...), mas precisando de computador e cento e dezoito computadores dentro do almoxarifado. Aí cama tudo sem o colchão e fomos pegando outras coisas. Então quando a gente chega a tomar uma providência, mas a gente já foi até quem de direito.</p>	<p>10- Os problemas de saúde que chegam ao conselho regional de saúde são encaminhados à direção regional de saúde. Quando não são tomadas as devidas providências a quem de direito, são levadas para as outras instâncias como imprensa e Ministério Público.</p>
<p>11- O que a gente ouvia falar de outras gestões era o seguinte eu principalmente</p>	<p>11- Os gestores não podem fazer com os representantes de usuários o que podem</p>

<p>acompanhei a outra gestão, era o seguinte, fulano que eram os dois meninos que trabalhavam com a gente, que são trabalhadores, eles vão ser fritados, eles continuam a ser assim que eles vão ser fritados, quer dizer não podia fazer com a gente como usuário, mas queriam fazer com ele, (...).</p>	<p>fazer com os representantes de trabalhadores no cargo de presidente do conselho regional de saúde.</p>
<p>12- Fercal, o pessoal reclama do que está acontecendo, geralmente eles reclamam com o vice-presidente que ele é motorista, então ele vai até lá, aí ele fala assim, faz por escrito, aí traz para a gente (...) o que está acontecendo muito, dentro de Sobradinho II, Fercal, crianças, eu falo crianças porque são meninas de 12 anos, 13 anos, 14 anos. Foi conversado comigo essa semana tem menina de 12, 13 e 14 anos tudo grávidas, então nós vamos lá fazer está reunião para saber as prioridades tem que ter e passar para o hospital para serem tomadas, mas a gente está querendo assim, mas um pouquinho, não envolver só o hospital, o gestor, envolver a comunidade mesmo, ó comunidade vem para cá que a situação aqui está pegando e um ajudar os outros.</p>	<p>12- As reclamações da comunidade são feitas por escrito e encaminhadas pelos conselheiros à reunião do conselho regional de saúde. Nessa reunião são apontadas as prioridades e busca-se apoio da regional de saúde e da comunidade para a solução dos problemas.</p>
<p>13- (...), a nossa reunião é aberta tanto para o conselho gestor, quanto para a comunidade, então um avisa o outro, (...).</p>	<p>13- As reuniões do conselho regional de saúde são abertas ao conselho gestor e à comunidade.</p>
<p>14- (...) geralmente as enfermeiras levam os assuntos dos pacientes, os pacientes chegaram lá, comentaram, falaram, elas vão escrevendo tudo. Eu tenho mania de dizer que as enfermeiras são nossas aliadas, os enfermeiros porque eles nos ajudam muito.</p>	<p>14- As enfermeiras são aliadas do conselho regional de saúde por anotarem e levarem os assuntos dos pacientes às reuniões do conselho regional de saúde.</p>
<p>15- (...) faço parte de 4 associações, então a gente consegue levar o problema. O Rotary, o Lions é porque têm representantes. Os trabalhadores têm o pessoal que é do hospital, então consegue, (...).</p>	<p>15- As associações, entidades e instituições conseguem levar seus problemas para o conselho por meio de seus representantes.</p>
<p>16- (...), o conselho está começando a ser conhecido, então já sabe, ó fulano é do conselho.</p>	<p>16- O conselho regional de saúde começa a ser conhecido e os seus conselheiros identificados pela comunidade local.</p>

<p>17- Por que o que acontecia antigamente? Conselho não é nada, o próprio gestor, os trabalhadores, os usuários, conselho não é nada, eles mesmo diziam conselho vocês não tem direito a nada, sem direito a voz, aí a gente mostrou que não era bem assim, porque a gente tenta seguir a lei toda, a gente tenta seguir, nós fizemos curso para isso, capacitamos para isso, já para evitar esse transtorno.</p>	<p>17- Antigamente o conselho regional de saúde era considerado um nada pelos gestores, trabalhadores e usuários, porque não tinha direito a nada, sem direito a voz.</p>
<p>18- (...), para mim quando o pessoal diz assim o conselho é para que? É para fiscalizar, mas é para priorizar e se educar.</p>	<p>18- O conselho regional de saúde serve para fiscalizar, priorizar e educar.</p>
<p>19- Veja só vai ser feito um seminário dizendo para a população, como já foi feito, dizendo as prioridades, dizendo para eles o que foi feito, agora mesmo nós viemos para essa conferência, o que sair dessa conferência, nós vamos fazer documentos e colocar nos quadros de aviso, dizendo quais foram as propostas que passaram para a nacional, dizendo quem de nós que vamos sair para a nacional e também informando que a próxima reunião é terça-feira, que na próxima reunião de novembro eu gostaria da comunidade lá.</p>	<p>19- Os resultados da conferência de saúde do Distrito Federal serão divulgados através de documentos fixados nos quadros de aviso, bem como a data da próxima reunião do conselho e o convite para a participação da comunidade.</p>
<p>20- (...) o que nós vamos fazer é enfatizar isso e dizer que nós queremos o SUS decente. Eu gostei de uma proposta que veio até dos alunos que o SUS as crianças têm que aprender na escola, (...) eu vou levar isso para a nossa comunidade (...), pedir aos professores, direção da escola que diga para as crianças o que é o SUS, nós vamos passar aquele filme do SUS nas escolas, (...) para fazer a conscientização do SUS.</p>	<p>20- O conselho regional de saúde deseja um Sistema Único de Saúde decente e a proposta é de ensinar as crianças sobre o SUS nas escolas para fazer a conscientização.</p>

Discurso VIII

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
<p>1- (...) na verdade o controle social aqui em Recanto das Emas ele é quase inexistente, nós temos um conselho de</p>	<p>1- O controle social é quase inexistente, isto é, não existe porque ninguém justifica</p>

saúde que tem feito algum trabalho, mas controle mesmo não existe porque ninguém justifica nada, (...).	nada.
2- (...) nós temos um trabalho, esse trabalho muitas vezes você negocia, nós somos mais negociadores do que controladores, você negocia com a secretaria de saúde, com a coordenação regional, com a administração. (...) na verdade fazendo não controle, mas negociando, está sendo mais uma forma de negociação, um fórum de negociação do que de controle e porque ninguém presta conta, primeiro que não existe, é não se faz compra, não se contrata, toda contratação é feita através da secretaria de saúde e quando chega aqui já chega tudo mastigado e só para você engolir, é que vem de cima para baixo, então nós temos um grande problema na Secretaria de Saúde que é a questão da descentralização, existe uma regional de saúde, mas que não tem poder político, você recebe todas as informações ou então todas as ordens vem de cima para baixo.	2- O conselho regional de saúde é mais negociador do que controlador. O conselho regional de saúde é mais um fórum de negociação do que de controle, porque ninguém presta conta, e toda compra e contratação é feita por meio da Secretaria de Saúde. Todas as ordens vêm de cima para baixo. A regional de saúde não tem poder político. Tudo é centralizado na Secretaria de Saúde.
3- Agora nós estamos renovando o conselho. (...) nós teremos a nossa primeira reunião com os novos conselheiros, alguns desses conselheiros já participaram da Conferência do Distrito Federal e também da pré-conferência da Região Sudoeste (...) e tiramos algumas propostas, mas enfim são propostas ainda muito mansinhas, nós não tivemos muita coisa a ser discutida porque os conselheiros estavam chegando e ao estar chegando, como não conhece, tudo o que é passado é uma grande novidade para eles, (...).	3- As propostas levadas para a Conferência do Distrito Federal foram muito mansinhas pelo fato do conselho regional de saúde renovar o seu quadro com novos conselheiros.
4- (...) alguns conselheiros que estavam no mandato passado, (...), mas também são pessoas que precisam ser motivadas, (...).	4- Os conselheiros que estão desde o mandato passado precisam ser motivados.
5- (...) na verdade também nós colocamos alguns trabalhadores que são do PSF para representar os usuários porque os usuários alguns deles que participaram vieram muito mais para falar em nome próprio	5- Alguns representantes dos usuários no conselho regional de saúde são trabalhadores do Programa Saúde da Família e vieram para o conselho na tentativa de resolver um problema pessoal,

para estar pedindo para resolver um problema pessoal do que um problema da comunidade.	ao invés do problema da comunidade.
6- A questão de controle do SUS a gente não está tendo quase, (...).	6- O controle social do Sistema Único de Saúde quase não tem.
7- (...) já participei de uma conferência de assistência social e de mais outras conferências na área da saúde, (...) todos esses movimentos em prol da melhoria da qualidade de vida o que muitas vezes nós só discutimos e não vimos isso sendo colocado na prática, primeiro porque quem tem o poder da caneta, o secretário de saúde, o governador, (...).	7- A participação nas conferências em prol da melhoria na qualidade de vida não garante que as proposições discutidas serão colocadas em prática, porque quem tem o poder de decisão política é o secretário de saúde e o governador.
8- (...), eles indicam nomes para vir para cá, como gestores e nós temos simplesmente que receber essas pessoas e colocar em prática muitas vezes ordens que não são muito bem vindas na questão hoje centro de saúde.	8- O governo indica os gestores e cabe aos trabalhadores receber essas pessoas e colocar em prática as ordens recebidas e que na maioria das vezes não são bem vindas.
9- (...) o conselho de saúde, ele é um conselho existente no papel, mas nós não temos uma sala, nós temos até alguns computadores, conseguimos junto a TJDF alguns computadores, mesas, cadeiras, mas não temos aonde colocar, nós estamos assim em uma briga muito forte tentando conseguir um espaço para que a gente possa ter uma secretaria do conselho funcionando.	9- O conselho regional de saúde só existe no papel porque não possui uma sala, embora já possua mobiliário de escritório.
10- Então controle social na verdade em Recanto das Emas é mais um fórum de negociação do que de controle.	10- O controle social é mais um fórum de negociação do que de controle.
11- (...) o orçamento participativo nos ajudou muito com a questão de estarmos discutindo e levando propostas para a melhoria da qualidade de vida e quando nós colocamos a questão da humanização dos serviços como controle social dentro do controle social humanizar o serviço, nós sentimos que houve naquela fase uma melhoria no atendimento e participamos também de alguns debates na questão de água, esgoto, a energia, o transporte, nós fizemos tudo isso como orçamento	11- A experiência com o orçamento participativo proporcionou o exercício do controle social, ajudou na discussão e no levantamento de propostas para a melhoria da qualidade de vida e na questão da humanização dos serviços de saúde.

participativo e como controle social.	
12- O problema do controle social hoje em Recanto das Emas, em Brasília, por onde a gente tem feito a discussão é uma questão mais de motivação, nós precisamos motivar os conselheiros e a comunidade em si para que ela possa realmente fazer parte, primeiro conhecer qual é o seu papel, qual é a função do controle social dentro do segmento saúde para que a gente possa ter, além de conhecer os problemas, poder estar dando o nosso palpite, estar levando soluções, (...).	12- O problema do controle social é a falta de motivação dos conselheiros e da comunidade que precisam saber o seu papel e a função do controle social.
13- (...) eu como conselheiro de saúde e cidadão de Recanto das Emas, eu gostaria de ter as comissões dentro do conselho de saúde que realmente viesse a funcionar (...).	13- O conselho regional de saúde não possui comissões.
14- Não adianta você ter computador, você ter conselheiros e você não puder sentar com eles. Aqui o nosso Recanto das Emas como nós não temos espaço físico apropriado, a sala onde nós nos reunimos ela não tem nenhuma janela, (...).	14- O conselho regional de saúde não possui espaço físico. O conselho reúne-se em uma sala sem janela.
15- (...) você ainda tem o servidor que muitas vezes não está interessado em discutir controle social até porque o maior problema que nós temos não é o financeiro é mais o de humanização.	15- O servidor não tem interesse em discutir controle social e em humanizar o serviço.
16- (...) nós temos reuniões mensais, toda última quarta-feira de cada mês (...).	16- O conselho regional de saúde realiza reuniões mensais.
17- Nós temos um conselho composto de 24 conselheiros, 12 titulares, 12 suplentes. 50% desses conselheiros são usuários, os outros 25% trabalhadores e 25% gestores e prestadores de serviço, com uma especificidade importante que no nosso regimento nós colocamos que a Administração Regional até por trabalharmos dentro do espaço físico da Administração Regional nós concedemos uma vaga de titular e uma de suplente aos conselheiros gestores na Cidade de Recanto para a gente tentar mobilizar a comunidade e fazer com que o conselho	17- É composto por 24 conselheiros, sendo 12 titulares e 12 suplentes. 50% desses conselheiros são usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores e prestadores de serviço. Uma vaga de gestor titular e suplente é destinada a um representante da Administração Regional, justificado pelo fato de ser utilizado o espaço físico da administração e pela tentativa de mobilizar a comunidade para o conselho ter respaldo.

realmente tivesse respaldo.	
18- Nosso controle aqui é feito através de negociação, muitas vezes negociamos com o Administrador Regional que muitas vezes não pode nos ajudar por não ter espaço físico, outras vezes à questão política partidária (...).	18- O controle social é feito mediante negociação. A questão político partidária atrapalha a negociação.
19- (...) nós já fomos o melhor conselho de saúde de Brasília, hoje está um tanto desgastado porque as pessoas desacreditaram em muita coisa que foi discutida, colocada no papel e encaminhada ao Secretário de Saúde e não colocada em prática.	19- O conselho regional de saúde está desgastado porque as pessoas desacreditaram na sua atuação. Muita coisa já foi discutida, colocada no papel e encaminhada ao Secretário de Saúde e não foi colocada em prática.
20- (...), temos apenas dois centros de saúde mais um postinho urbano, nós temos algumas equipes do PSF que faz o atendimento da atenção básica e que melhorou e muito o atendimento só que aumentou e muito a nossa demanda (...).	20- A regional de saúde é composta por dois centros de saúde, um posto urbano e algumas equipes do Programa Saúde da Família que fazem o atendimento da atenção básica que melhorou, mas a demanda aumentou após a sua implantação.
21- (...) nós somos o filho pobre de toda a Secretaria de Saúde, porque a nossa referência é o Hospital Regional do Gama (...), e agora com essa mudança que está sendo construída através da secretaria e imposta é que vai ficar Taguatinga, Recanto e Samambaia, Recanto vai continuar ainda o filho pobre por não ter o seu hospital, por ter pouco servidor para atender uma demanda que ultrapassa 140 mil habitantes.	21- A regional de saúde é considerada o “filho pobre” da Secretária de Saúde por não ter hospital e ter pouco servidor.
22- Nós vimos que o PSF trouxe muita gente que estava desgarrada para dentro do centro de saúde aumentando e muito a demanda.	22- O Programa Saúde da Família aumentou a demanda do centro de saúde por trazer as pessoas que não tinham acesso aos serviços de saúde.
23- Nós estamos vendo hoje que a carência de material, a carência de profissional tem prejudicado e muito o nosso atendimento.	23- O atendimento nos serviços de saúde é prejudicado pela falta de material e profissional.
24- A questão maior também hoje é a questão das especialidades. Só o Gama nos cede algumas vagas e também o Hospital de Base quando manda, nos	24- Na Regional de Saúde uma das maiores dificuldades é a marcação das especialidades, devido ao número reduzido de vagas.

<p>manda uma vaga de cada especialidade.</p>	
<p>25- Nós temos um outro problema que é um dos mais sérios que é a questão da regulação, a regulação não funciona isso porque para marcar tumografia computadorizada você necessita ter cartão do SUS, cartão de saúde, você precisa pegar documento em três vias assinado pelo médico e nós não conseguimos ainda ser adivinhos para saber o que o médico escreveu o que ele quer com os pedidos que eles nos mandam, (...).</p>	<p>25- O sistema de marcação de consultas para as especialidades e de marcação de exames é burocratizado, dificultando o acesso da comunidade.</p>
<p>26- (...), o conselho de saúde tem se colocado a disposição, tem trabalhado, mas ainda é pouco, está muito desmotivado.</p>	<p>26- O conselho regional de saúde está muito desmotivado e por isso tem atuado pouco.</p>
<p>27- (...), nós dizemos muito não para as pessoas que nos procuram e ficamos assim constrangidos de sermos governo, porque quem está aqui dentro querendo ou não, votando ou não no governo que está aí, ele faz parte do sistema, então nós somos os representantes do governo na cidade e muitas vezes para dizer não, dizer que não temos a tumografia (...) você não sabe dizer se o médico vai ou não vai para a consulta e muitas vezes conseguimos marcar consulta e especialidade de dermatologia para Planaltina, a pessoa vai gastar em torno de 12 reais para ir a Planaltina e voltar, e quando ela chega lá o médico não foi. Isso é muito prejudicial para a nossa comunidade que é carente.</p>	<p>27- Os servidores públicos são representantes do governo e por isso ficam constrangidos de dizerem à comunidade que não há vagas para consulta com médico especialista ou vagas para exames. E quando o usuário consegue marcar a consulta médica não tem garantias de que o médico estará presente no dia da consulta.</p>
<p>28- (...) eu como trabalhador eu sou escolhido dentro dos trabalhadores em reunião onde o sindicato é quem indica os conselheiros, nós fazemos uma discussão, aquelas pessoas ou os trabalhadores que realmente tem interesse em participar coloca os seus nomes a disposição do grupo, é feito uma votação e escolhido são 3 trabalhadores titulares e 3 suplentes, os 3 mais votados serão os titulares, os 3 em seqüência serão os 3 conselheiros suplentes dos segmentos dos trabalhadores. O segmento do gestor ele é indicado pela coordenação regional (...)</p>	<p>28- Os conselheiros representantes de trabalhadores são escolhidos em reunião sindical. Os três trabalhadores melhores votados serão os titulares e os três subsequentes serão os suplentes. Os conselheiros representantes de gestor são indicados pela coordenação regional de saúde e pelo administrador regional. Os conselheiros representantes dos usuários são escolhidos em plenária pela comunidade. Nesse momento é explicado o que é conselho de saúde, qual a finalidade da sua participação e o que eles vão representar durante o mandato de dois</p>

<p>nós concedemos a administração regional por estarmos no espaço dele é também indicado pelo administrador regional, um conselheiro suplente e um titular. Agora os segmentos dos usuários, nós como trabalhadores da área da saúde interessados em ver o controle social acontecendo nós nos reunimos, chamamos a comunidade, é feito uma discussão em uma plenária onde as pessoas têm conhecimento do que é conselho de saúde, qual a finalidade da sua participação e o que ele vai estar representando durante um mandato de dois anos. Então é feita essa escolha, é votada em plenário, os 12 mais bem votados serão os conselheiros titulares e os outros serão os suplentes.</p>	<p>anos.</p>
<p>29- Já nos reunimos para discutir a questão da construção do hospital, nos reunimos aqui para discutir a questão de mais dois centros de saúde, nos reunimos também para discutir a implantação do PSF e do PACS 100% na cidade do Recanto das Emas para que a gente pudesse ter um atendimento de saúde qualificado e já sentamos também para discutir problemas de trabalhador, problemas da comunidade em si que são as necessidades não atendidas pelo sistema, nós não temos creche na cidade, nós não temos uma assistência social que faça o trabalho voltado para resolver o problema da qualidade de vida em Recanto das Emas.</p>	<p>29- O conselho regional de saúde reúne para discutir não só os problemas de saúde da comunidade, mas também para discutir os problemas que interfiram na qualidade de vida dos moradores da cidade.</p>
<p>30- (...) vem para cá como diretores que vêm para resolver problemas, seria para resolver problemas, mas vem mais para causar problema porque além dele não ter o conhecimento que na maior da parte são pessoas que não são do quadro, são de contratos especiais, contratos de confiança que é livre a exoneração e contratação e essas pessoas não tendo o conhecimento chegam e querem passar por cima de um sistema já implantado, de conquistas que a gente já adquiriu com muito trabalho, com muito sacrifício. Muitas vezes nós temos que sentar e fazer com que o gestor</p>	<p>30- Os diretores da regional de saúde em sua maioria não pertencem ao quadro da secretaria de saúde. São pessoas nomeadas pelo governo e que não conhecem o sistema já implantado na regional e por isso acabam trazendo mais problemas que resolvendo os existentes.</p>

entenda a nossa necessidade.	
31- (...) nós tivemos um grande problema que é a questão do acesso, (...) foi feita uma reunião onde se colocou a necessidade de facilitar o acesso e é uma coisa que estava acontecendo, era uma questão do desrespeito a essa diretriz do SUS e nós viemos a resolver o problema, só que com isso nos causou problema e um desgaste pessoal que pareceu mais um atrito entre pessoas do que entre um conselho de saúde que não tem questão partidária e que não tem também vontade de resolver só aquilo que lhes interessa, mas de negociar a resolução dos problemas advindos das necessidades do usuário.	31- O conselho regional de saúde não tem interesse partidário e sim interesse em negociar a resolução dos problemas advindos das necessidades do usuário. A questão da necessidade de facilitar o acesso que é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde trouxe um desgaste pessoal.
32- (...) como nós moramos aqui, os trabalhadores na maior parte delas moram em Recanto das Emas e o usuário também mora no Recanto das Emas, os problemas que chegam até nós através de denúncias e denúncias feitas pela dificuldade do atendimento.	32- As denúncias feitas pela dificuldade de atendimento chegam até o conselho por meio dos trabalhadores e usuários que residem em Recanto das Emas.
33- Muitas vezes o paciente ao chegar ao centro de saúde, ele vem com o encaminhamento do hospital dizendo que no centro de saúde é para ser atendido e ao chegar aqui nós temos a nossa lista de espera, (...) pedido de urgência para nós não tem muito sentido porque o médico pede urgência, mas a secretaria diz não tem, não posso ou não quero porque se quisesse teriam aí os plantões, teriam aí os mutirões que poderiam estar resolvendo o problema. Já pedimos para que fosse feito para a nossa regional em específico mutirão para cirurgia pediátrica, para a cirurgia vascular, hoje nós temos pessoas precisando de cirurgia vascular ou angiologia com pedido de 2005 que ainda não foram atendidas, muitas vezes ao ligarmos na casa desse paciente os seus parentes dizem que já tiraram até o luto que para nós é muito triste.	33- O conselho regional de saúde propôs à Secretaria de Saúde a realização de mutirões para acabar com as listas de espera da cirurgia pediátrica e vascular, mas falta vontade política.
34- (...) os nossos conselheiros muitas vezes ao ter o conhecimento do que está	34- Alguns representantes de usuários no conselho regional de saúde pertencem ao

<p>acontecendo na cidade, fazem reuniões em suas próprias casas ou então vão nas igrejas e conversam com as pessoas até porque o segmento do usuário em Recanto das Emas é um segmento muito específico porque nós temos alguns agentes comunitários de saúde que estão diariamente no seio da comunidade levando as informações e também cuidando da própria saúde do usuário.</p>	<p>segmento dos agentes comunitários de saúde. Por estarem no seio da comunidade levam informações e cuidam da saúde do usuário.</p>
<p>35- (...) nós precisamos motivar o usuário a ser mais participativo, porque muitas vezes ele tem até a informação, mas não se preocupa muito só acha que vindo ao centro de saúde vai estar resolvendo, (...).</p>	<p>35- O conselho regional de saúde precisa motivar esse usuário, que muitas vezes dispõe de informações, a ser mais participativo.</p>
<p>36- (...) o conselho de saúde, a sua função principal é discutir a melhoria da qualidade de vida, discutir controle social e também de estar levantando propostas, fazendo projetos e acompanhando o que é feito pela regional de saúde, se é gasto o dinheiro na questão saúde, se os médicos estão atendendo, se não estão atendendo e o porquê de não estar atendendo, nós temos muitas vezes respondido.</p>	<p>36- A principal função do conselho regional de saúde é discutir a melhoria da qualidade de vida, o controle social, levar propostas, fazer projetos e acompanhar o funcionamento da regional de saúde.</p>
<p>37- (...) somos pessoas que participam por prazer não por ganhar alguma coisa, até porque o trabalho de conselheiro de saúde ele é um trabalho voluntário, as pessoas que participam são voluntárias para fazer a participação (...).</p>	<p>37- O trabalho de conselheiro regional de saúde é voluntário. As pessoas participam por prazer.</p>
<p>38- (...) nós temos muito que negociar, mas temos aprendido também dentro da nossa principal função que o melhor momento de estarmos discutindo é aquele onde estão acontecendo os problemas (...).</p>	<p>38- O melhor momento para discutir e negociar é aquele onde estão acontecendo os problemas.</p>
<p>39- (...) muitas vezes os problemas aqui na nossa regional eles não são causados só pela questão da área da saúde, mas das outras questões que nós discutimos, a questão do transporte, nós discutimos a questão da segurança. Recanto das Emas é uma das cidades de maior criminalidade do Distrito Federal, está em segundo ou terceiro lugar em questão da criminalidade, o uso de drogas é muito</p>	<p>39- Os problemas da Região Administrativa muitas vezes não se limitam à área da saúde, como por exemplo, gravidez na adolescência e planejamento familiar, por isso no conselho são discutidas outras questões, tais como transporte, segurança, aumento da criminalidade e o uso de drogas.</p>

<p>grande, nós temos discutido aqui também a questão da gravidez na adolescência, a questão do planejamento familiar, me parece quanto mais é feito planejamento familiar, parece que planejam aumentar mais o número de crianças nascidas aqui em Recanto.</p>	
<p>40- (...) mesmo com conhecimento ainda está sendo pouca a mobilização e a motivação dos usuários dentro do sistema saúde e a questão conselho. (...), eu tenho uma rádio comunitária, eu muitas vezes levo médico, enfermeiro ou outras pessoas a falarem da questão da saúde, a questão da segurança, mas mesmo assim as pessoas continuam sem participar aqui plenamente, participam, mas assim muito raramente sem muito conteúdo, vão para pedir em nome próprio.</p>	<p>40- É pouca a mobilização e a motivação dos usuários no Sistema Único de Saúde e no conselho. O conselho utiliza a rádio comunitária para estimular a participação dos usuários, que continua muito rara e sem muito conteúdo. As pessoas quando vão à reunião do conselho vão para pedir em nome próprio.</p>
<p>41- (...), nós sempre discutimos dentro da comunidade aquilo que é mais premente nós temos visto muitas vezes que as pessoas vêm aos centros de saúde com um problema pessoal e aí nós sentamos e discutimos com ela, discutimos não, negociamos com ela o que é interessante, (...), nós vamos estar negociando dentro das prioridades o que é mais importante para todos não para um só.</p>	<p>41- É discutido e negociado com a comunidade o que é mais importante para todos e não para um só.</p>
<p>42- Nós temos visto que muitas vezes ao resolver o problema de um e o Ministério Público está resolvendo muito nesse sentido de determinar que se faça mesmo sem ter para onde mandar, (...), mas também é uma questão assim de falta de conhecimento até da própria comunidade, que se ela soubesse que o conselho de saúde tem também responsabilidade no plano de saúde do Distrito Federal e de Recanto das Emas, muitas vezes o conselho já deveria ter sido acionado, mas por falta de informação, (...).</p>	<p>42- A comunidade aciona o Ministério Público primeiro, ao invés, do conselho regional de saúde na resolução dos problemas, por não saber que o conselho tem responsabilidade no plano de saúde do Distrito Federal e do Recanto das Emas.</p>
<p>43- (...) uma das questões discutidas no ano passado foi a (...) abertura 24 horas, como fazer? O conselho de saúde em sua resolução definiu que só abriria o centro de saúde se fossem contratados</p>	<p>43- O conselho regional de saúde em sua resolução definiu que só abriria o centro de saúde 24 horas se fossem contratados profissionais suficientes para atender a demanda, entretanto o governador</p>

<p>profissionais suficientes para atender a demanda, mas o governador passou por cima de tudo isso e disse assim eu quero funcionando (...) e assim foi feito, sem contratar ninguém, as pessoas tendo que fazer hora extra, que é bom para o servidor, no sentido de arrecadação, mas não bom no sentido de saúde e porque você vai trabalhar além de 24 horas seguidas e nesse momento nós estamos também fazendo está discussão porque está escrito lá que é um atendimento de 24 horas, no entanto nós temos um atendimento normal de centro de saúde durante a semana, sábado, domingo e feriado, no que o trabalho funciona 24 horas.</p>	<p>ordenou que funcionasse sem as novas contratações.</p>
<p>44- (...) quando se fala em saúde no Distrito Federal ou no Brasil, não se fala, nos outros da equipe, só se fala do médico. Contratar mais médico, mais médico, mais médico, mas esse é o pior dos nossos problemas, que não adianta ter médico, sem ter enfermeira, sem ter auxiliar, técnico de enfermagem e tem que ter o agente administrativo.</p>	<p>44- A saúde no Distrito Federal e no Brasil é centrada no médico e não se falam nos outros membros da equipe.</p>
<p>45- O nosso quadro está defasado (...), há mais de 50% são pessoas de confiança do governo, não da comunidade, que são contratados e passam por cima mesmo dos direitos das pessoas, até porque você entra para prestar um serviço e no dia que termina o seu contrato, você sai com três pés, a gente nunca conclui a informação.</p>	<p>45- As pessoas contratadas pelo governo para assumir cargos de confiança superam o número de concursados. Essas pessoas nomeadas são de confiança do governo, não da comunidade e por fim nunca concluem o que começaram em virtude do término do contrato.</p>
<p>46- (...) os processos que já foram encaminhados pelo conselho de saúde e que teve um efeito importante até hoje foi a construção do centro de saúde número 2 (...), esse foi um processo muito importante, a população teve as informações através do próprio conselho de saúde e através dos políticos (...).</p>	<p>46- Dentre todos os processos encaminhados pelo conselho de saúde o que teve um efeito importante foi à construção do centro de saúde. A comunidade recebeu informações através do conselho e dos políticos.</p>
<p>47- (...) na hora quando você constrói alguma coisa, que você tem alguma conquista os políticos aparecem, sempre dizendo que foram eles que fizeram (...), tudo que é conseguido através do conselho</p>	<p>47- Os políticos levam o mérito de todas as conquistas conseguidas por meio do conselho regional de saúde.</p>

de saúde os políticos levam o mérito de dizer que foram eles que conquistaram.	
48- Nós imaginamos e temos consciência de que as rádios comunitárias funcionando e também o conselho de saúde em sua reunião mensal tendo como passar os informes, mas dificilmente a gente consegue atingir essa meta, por não termos primeiro uma sala, um telefone, uma secretária, alguém que pudesse anotar todas as dificuldade ou então as proposições feitas pela comunidade e se resolver os problemas da melhor maneira possível.	48- Os informes são passados para a comunidade através das rádios comunitárias e das reuniões mensais do conselho, mas dificilmente é atingida a meta pela falta de uma sala, telefone e uma secretária no conselho.
49- A melhor forma que a comunidade em muitos momentos chega e acha de resolver seria incendiar ou demolir o centro de saúde.	49- As alternativas evocadas pela comunidade para a resolução dos problemas de saúde são incendiar ou demolir o centro de saúde.
50- (...) nós temos que ser não só firmes em nossas ações, mas também ser conciliadoras, tentar conversar com cada uma dessas pessoas e fazer com que elas entendam o SUS, a saúde ela deveria ser pública e não privatizada ou terceirizada como estão tentando fazer, mas como eles não têm o conhecimento do que é público ou privado, para eles tanto faz, o importante é ter o atendimento.	50- A comunidade não entende o que é o Sistema Único de Saúde e não tem conhecimento do que seja saúde pública e privada, para ela o importante é ter o atendimento.
51- (...) as pessoas vem de livre e espontânea vontade e porque elas não têm ganhos pessoais com isso a não ser o seu próprio entendimento do que é participar de alguma coisa.	51- Visto que os conselheiros não recebem gratificações, executam esta atividade por livre e espontânea vontade.

Discurso IX

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
1- (...) nós temos buscado meios de viabilizar o atendimento, atenção básica aos usuários.	1- O conselho regional de saúde tem buscado meios de viabilizar o atendimento da atenção básica aos usuários.
2- Embora a gente saiba das dificuldades que a própria secretaria tem e da própria regional também e das outras unidades de	2- A dificuldade em relação aos recursos humanos e materiais da Secretaria de Saúde e da Regional de saúde prejudicam

<p>Taguatinga, com relação tanto a recursos materiais, recursos humanos e tem dificultado o atendimento à população, (...).</p>	<p>o atendimento da população.</p>
<p>3- (...) nossa prática é constantemente buscar que essa atenção básica, que o SUS seja realmente observado em todas as unidades, (...) de forma que o usuário tenha o atendimento médico com dignidade como preceitua Constituição e é neste sentido nós temos trabalhado dentro da legislação para buscar o atendimento a saúde de todos os usuários de Taguatinga.</p>	<p>3- A prática do controle social pelo conselho regional de saúde se constitui em fazer com que as diretrizes do Sistema Único de Saúde sejam observadas em todas as unidades da Regional de Saúde, de forma que o atendimento a saúde respeite os preceitos da Constituição.</p>
<p>4- Eu estou no conselho de saúde já uns oito anos e de lá para cá o que a gente tem observado que embora poucas mudanças tenham acontecido, mas na nossa vivência é a seguinte e de sempre estar lutando em prol do benefício do usuário embora que às vezes a gente pensa assim, a gente vai lutando e lutando e às vezes não consegue atingir os objetivos que é a atenção básica do usuário (...).</p>	<p>4- O conselho regional de saúde luta em prol do usuário. Poucas foram as mudanças conseguidas e o objetivo de garantir o atendimento da atenção básica muitas vezes não é alcançado.</p>
<p>5- (...) nós temos tido sempre essa dificuldade que o governo injete recurso na saúde, que tenha uma gestão perfeita para poder fazer funcionar o sistema de saúde, (...).</p>	<p>5- Para o sistema de saúde funcionar depende de uma gestão perfeita e de recursos financeiros.</p>
<p>6- (...) buscar que o usuário tenha a sua qualidade de saúde e tenha sua dignidade preceituada pela Constituição (...), tudo que nós temos feito ao longo desse período que eu estou como conselheiro no Conselho de Saúde de Taguatinga é no sentido de estar sempre buscando a viabilização do atendimento ao usuário, embora (...) a dificuldade que a gente tem de implementar realmente essa atenção básica.</p>	<p>6- O conselho regional de saúde busca viabilizar o atendimento do usuário, embora tenha dificuldade de implementar a atenção básica.</p>
<p>7- (...) desde o ano passado implantamos o QUALISUS que é o sistema que busca uma integração maior entre as unidades de saúde, entre o hospital regional (...) dentro do pronto socorro e para que a gente possa selecionar esses atendimentos, aqueles que não são urgências ou emergências nós</p>	<p>7- A vivência prática e positiva do controle social pelo conselho regional de saúde é a implantação de um sistema de integração entre o pronto socorro do Hospital Regional e as três unidades de atenção básica, onde se busca prestar um atendimento mais rápido e humanizado ao</p>

<p>estamos mandando para os centros de saúde para agendar ou ter atendimento praticamente quase que imediato, embora não esteja ainda todas as unidades integradas nesse sentido, nós já temos três unidades já atendendo dessa forma que eu acho que isso tem melhorado bastante principalmente nessas três unidades que estão integradas com o pronto-socorro do hospital buscando essa melhoria no atendimento, acho que isso é uma vivência que é prática e positiva que nós estamos vivendo hoje que vem de encontro ao interesse de todo usuário que é ter um atendimento mais rápido e humano.</p>	<p>usuário.</p>
<p>8- O conselho hoje é estruturado com uma paridade conforme manda a Resolução 333, de 50% dos usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores.</p>	<p>8- O conselho regional de saúde é estruturado conforme a Resolução 333, 50% de representantes de usuários, 25% de representantes trabalhadores e 25% de representantes de gestores.</p>
<p>9- Funciona dentro da unidade de saúde no HRT, tem uma sala disponibilizada como prevê também a própria Resolução do Ministério da Saúde. Nós temos uma unidade lá funcionando com uma secretaria, secretaria composta do presidente e uma secretária, embora que essa estrutura, ainda é pequena, nós precisávamos ampliar mais a essa estrutura para poder digamos dar um atendimento melhor para a população brasileira, mas infelizmente é o que nós temos hoje ainda é precário, aqui tem uma secretária e eu na presidência, e lá também funciona como paralelo o conselho gestor, (...).</p>	<p>9- O conselho regional de saúde dispõe de uma sala e de uma secretária cedidos pelo Hospital Regional. A sala é dividida com o conselho gestor. A estrutura é pequena e precária para dar um atendimento melhor à comunidade.</p>
<p>10- (...) o conselho de saúde tem o objetivo de buscar uma política de saúde para a população da região de Taguatinga, (...).</p>	<p>10- O objetivo do conselho regional de saúde é buscar políticas de saúde para a população da cidade.</p>
<p>11- (...) nós precisaríamos talvez de duas ou três pessoas estruturadas dentro da secretaria fora a diretoria para que tivesse um nível melhor para buscar o atendimento a população (...).</p>	<p>11- O conselho regional de saúde precisaria de mais duas ou três pessoas na secretaria para melhorar o nível de atendimento à população.</p>

<p>12- (...) nós estamos numa gestão junto com a direção regional de saúde buscando implementar políticas de saúde para toda a região de Taguatinga, talvez funcionar todas as unidades a contento, buscando exatamente o que preceitua o SUS, que é o atendimento a saúde com qualidade, com humanização e universalidade (...).</p>	<p>12- O conselho regional de saúde e a direção da regional de saúde buscam implementar as políticas de saúde da região como preceitua as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde.</p>
<p>13- (...), a comunidade tem que estar participando exatamente até para ter o controle social.</p>	<p>13- A comunidade precisa participar do conselho para ter o controle social.</p>
<p>14- A princípio as entidades, associações de moradores, prefeituras comunitárias e entidades de classe são convidadas a fazer indicação de pessoas para concorrer à vaga de usuários, (...), são os representantes da comunidade, (...) indicam as pessoas para o conselho e chega lá tem uma eleição para escolher os membros titulares e os membros suplentes. (...), o sindicato dos trabalhadores indica também os membros que lá também tem o foro próprio para eles que vão ser também eleitos da mesma forma que os usuários, eleitos os trabalhadores. Os gestores também da mesma forma, indicam os gestores se tiver mais gestores da quantidade que é preceituada para a formação do conselho então também teria eleição para os gestores então o processo é todo eletivo feito na plenária do conselho (...). A eleição do presidente reúne todos os conselheiros com direito a voz e voto, que são os dezesseis, o presidente e os candidatos se habilitam fazem sua política, fazem o seu comercial e diante dessa apresentação dos candidatos colocam se em votação que pode ser tanto secreta como pode ser por aclamação a gente tem feito normalmente por aclamação, a pessoa faz apresentação aí a gente coloca em votação o nome da pessoa conta os votos, aí outra pessoa que se candidatou no lado da concorrência também da mesma forma a gente faz, a gente pede para que as pessoas levantem a mão por aclamação vê quantos votos, aquele que tiver maior número de votos é</p>	<p>14- As entidades e as associações são convidadas a indicarem as pessoas para concorrerem às vagas de usuários do conselho regional de saúde. Em plenária ocorre a eleição para escolher os membros titulares e suplentes. O sindicato indica os trabalhadores. O gestor da regional indica os representantes de gestor, se houver uma quantidade maior do que a determinada pelo regimento interno do conselho procede-se à eleição em plenária do conselho. Os conselheiros que se candidatam ao cargo de presidente do conselho fazem sua apresentação. Em seguida procede-se a votação pelos membros do conselho que têm direito a voz e voto. A eleição pode ser por intermédio do voto secreto ou por aclamação.</p>

aclamado o presidente.	
15- Todos assuntos relativos a política de saúde para a região de Taguatinga nós discutimos, tanto da parte do próprio atendimento em si para ver se a política está sendo implementada, se a gestão está sendo correta bem como discussão sobre a questão da necessidade de recursos humanos, recursos materiais tudo isso que possa viabilizar a implementação da política de saúde na região, nós discutimos no conselho.	15- O conselho regional de saúde discute todos os assuntos relativos a viabilização e a implementação das políticas de saúde da região.
16- O usuário é o mais freqüente, porque é o que está na linha da frente, o que precisa dos serviços (...), então ele vem reclamar ao conselho o problema e às vezes, os trabalhadores também têm problema nos seus setores, acabam comunicando ao conselho também, a gente sempre trata isso dentro do conselho, cria uma estrutura, cria sindicâncias, cria comissões para tratar do assunto e comunica a gestão, comunica ao secretário, comunica ao Ministério Público tudo no sentido de sempre buscar o atendimento a saúde e a qualidade de saúde para o usuário.	16- Os usuários reclamam com maior freqüência os problemas ao conselho que os trabalhadores. O conselho cria sindicâncias e comissões para tratar dos assuntos. Comunica à gestão, ao Secretário de Saúde e ao Ministério Público.
17- (...), a comunidade faz na reunião da comunidade e associações (...), nós tomamos esse tipo de decisão, leva para a comunidade para saber, para que a comunidade possa também nos ajudar e ajudar no controle social (...).	17- As decisões do conselho regional de saúde são levadas à comunidade através das reuniões realizadas na comunidade e nas associações, para que a população possa ajudar no controle social.
18- (...) na questão dos trabalhadores o problema que tem atinente a situação deles nós buscamos, discutimos o problema, damos respostas a quem trouxe o problema e comunicamos o problema aos gestores, ao secretário de saúde e a quem de direito para dar solução ao problema.	18- Os problemas trazidos pelos trabalhadores são discutidos e levados a quem é de direito para solucionar. É dada a resposta a quem trouxe o problema.
19- A principal função do conselho (...) é planejar políticas de saúde para região de Taguatinga, o conselho regional de saúde esse é objetivo principal e naturalmente de fiscalizar a implementação dessas políticas.	19- A principal função do conselho regional de saúde é planejar as políticas públicas de saúde da cidade, bem como fiscalizar a implementação dessas políticas.

<p>20- A gente traz as reivindicações, as demandas da população que chegam ao conselho, elas são discutidas de forma com que cada segmento, você sabe que em Taguatinga tem diversos setores e cada setor tem nível sócio-econômico diferente, então de acordo com a necessidade a gente vai avaliar a própria comunidade, (...), vai ver qual que é mais urgente, (...).</p>	<p>20- As reivindicações e demandas da comunidade que chegam ao conselho regional de saúde são discutidas e ao priorizá-las são vistas as mais urgentes, de acordo com o nível sócio-econômico e com as necessidades de cada comunidade.</p>
<p>21- (...), o nosso foco maior hoje é o pronto-socorro do HRT. (...), então esta parte do QUALISUS, nós estamos buscando exatamente (...) desafogar o pronto-socorro através da porta de entrada que é atenção básica (...) se nós tivermos uma rede de atenção básica naturalmente o número de pessoas que já procuram o pronto-socorro vai diminuir, então acho que nesse sentido que a gente busca uma forma de melhorar o atendimento na saúde, (...).</p>	<p>21- O maior foco do conselho regional de saúde é reduzir a procura da população ao pronto-socorro através da porta de entrada que é a atenção básica. E com isso melhorar o atendimento à saúde.</p>
<p>22- (...) falta recurso, falta gestão, a gente tem cobrado muito isso e faltam pessoas tanto da área técnica, na área administrativa, como médicos mesmos e enfermeiros, na verdade a população tem reclamado muito, fala que tem falta de pessoas tanto na área médica e administrativa, área técnica e enfim a população busca sempre o atendimento e às vezes não encontra e às vezes o gestor reclama, dizendo que não tem pessoal. O trabalhador reclama de que tem pessoal às vezes, mas não tem estrutura e não tem condição para poder exercer a sua atividade e aí vai, a gente vai buscando de forma a adequar a situação que existe (...), buscando apertar o gestor para poder ter mais atitude profissional, com mais energia na condução da gestão, (...).</p>	<p>22- As reclamações que o conselho regional de saúde recebe dos usuários, trabalhadores e gestores são em relação à falta de recursos materiais, falta de recursos humanos e falta de gestão. O conselho tenta solucionar essas questões cobrando do gestor atitude profissional e energia na condução da gestão.</p>
<p>23- (...) priorizar aquelas coisas que são mais urgentes, para a gente dar encaminhamento mais rápido.</p>	<p>23- O conselho regional de saúde prioriza os problemas mais urgentes para dar um encaminhamento mais rápido.</p>
<p>24- O que é decidido dentro do conselho, os próprios membros do conselho levam para sua comunidade, leva para os sindicatos, leva para as associações, para</p>	<p>24- As decisões do conselho são levadas à comunidade mediante seus membros que são representantes da comunidade, dos sindicatos, das associações e das</p>

as prefeituras comunitárias e discute se lá também e se não for a contento volta ao conselho para discutir.	prefeituras comunitárias. Quando as decisões não estão a contento elas são trazidas ao conselho pelos seus membros.
---	---

Discurso X

Unidade de Significado	Redução Fenomenológica
1- (...), às vezes não é tão eficiente como deveria ser, a gente tem dificuldade de recursos, de espaço, mas nós estamos atuando, visitando a cidade, (...).	1- O controle social não é tão eficiente como deveria ser, pela dificuldade de recursos e de espaço, mas o conselho atua.
2- (...) o nosso centro de saúde, (...), não dá vazão as necessidades da cidade, a comunidade tem uma demanda que os centros de saúde não consegue atender, bem como o espaço físico, o atendimento clínico também está deixando muito a desejar, nós estamos com dificuldade com relação a isso. O centro de saúde, por exemplo, não tem uma área, uma sala de espera para os pacientes, (...).	2- O centro de saúde não consegue absorver a demanda da cidade. Apresenta dificuldades de atendimento clínico e de espaço físico.
3- Com relação a nossa participação na comunidade em busca das dificuldades que eles apresentam a gente também não pode dar todo suporte, todo atendimento necessário, mas estamos em busca, solicitando agora ao secretário de saúde e também ao governador, que melhore esse espaço do centro e que contrate mais pessoas, inclusive enfermeiros, agentes comunitários para estar dando uma melhor atenção ao povo.	3- O conselho regional de saúde busca melhorar o espaço físico do centro de saúde e a contratação de mais profissionais por meio da solicitação ao Secretário de Saúde e ao Governador. Embora o conselho não consiga dar todo suporte às dificuldades da comunidade.
4- (...) nós temos buscado integrar a comunidade e buscar outras lideranças para estar participando junto ao conselho, para estarem apoiando a cidade, embora a gente não possa fazer tudo, sempre tem alguma coisa que se deve fazer a mais e nós estamos em busca de trazer mais pessoas, mais benefícios que a comunidade possa estar sendo atendida.	4- O conselho regional de saúde busca integrar a comunidade e outras lideranças para conseguir mais benefícios à comunidade.
5- (...) a gente tem as reuniões periódicas, estamos também atendendo aquelas famílias mais necessitadas que nos	5- O conselho regional de saúde realiza reuniões periódicas e atende às famílias

buscam, nós temos ido até a casa, temos dado uma assistência na medida do possível, (...).	mais necessitadas no domicílio.
6- As pessoas são escolhidas através de indicação das entidades, uma associação ou um conselho da comunidade indica através de carta ou de compromisso verbal, uma pessoa para participar do conselho.	6- Os membros do conselho são escolhidos através de indicação das entidades e associações por carta ou compromisso verbal.
7- (...) pessoas atendidas no centro, nos procura, para nós dá informação, reclamar de alguma coisa, como também na nossa convivência com a gerência do centro de saúde, com os médicos, com os enfermeiros, a equipe de saúde da localidade.	7- Os usuários e os trabalhadores procuram os conselheiros para dar informações ou reclamar de alguma coisa.
8- (...), nós temos uma reunião mensal, uma reunião ordinária que é agendada todo final de mês, na última quarta-feira do mês nós temos uma reunião que quando há a necessidade de informar algo mais urgente nós marcamos uma reunião extraordinária ou informamos através de cartas, de ofícios.	8- As informações são passadas mediante reuniões mensais do conselho e quando há a necessidade de informar algo mais urgente é agendada uma reunião extraordinária ou informa-se por cartas e ofícios.
9- (...) todos os participantes devem estar dando a sua contribuição nas reuniões e trazendo os seus anseios da comunidade, (...).	9- Durante as reuniões ordinárias os conselheiros devem trazer os anseios da comunidade.

Discurso XI

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
1- (...), o controle social ele não existe pelo que eu entendo quem tem que fazer esse controle social pelo que consta nas normas é a comunidade, e a comunidade desconhece esse instrumento, daí esse controle na prática ele não acontece.	1- O controle social na prática não existe porque a comunidade desconhece esse instrumento.
2- Eu individualmente, não tenho muita força para fazer o controle social, porque é preciso que você tenha a comunidade envolvida para que tenha força para que as coisas aconteçam, mas agora eu	2- Para que o controle social tenha força e algum efeito é necessária uma ação coletiva e não individual. É preciso a comunidade está envolvida para que as coisas aconteçam.

<p>individualmente dentro das minhas possibilidades e até aonde eu possa alcançar eu faço controle quando, por exemplo, eu vou a uma unidade de saúde e não tem um atendimento devido, daí eu costumo reclamar, procuro se tem alguma ouvidoria algum local onde o usuário possa ser atendido, assim individualmente eu procuro fazer as coisas acontecerem por aí. Agora eu entendo para que isso tenha algum efeito é preciso que o controle seja feito coletivamente para que tenha corpo e força porque eu sozinha no máximo que eu possa fazer é uma reclamação sem nenhuma possibilidade, sem nenhuma garantia de saber entendeu se aquele serviço vai ser regulado ou se vai haver uma atuação da gerência enfim sobre aquele problema, eu não tenho essa garantia, eu reclamo, mas agora se no caso a direção vai tomar alguma medida aí eu já não tenho certeza e não tenho nada que me garanta esse retorno.</p>	
<p>3- (...), nós na verdade temos procurado organizar o conselho que até então ele não estava organizado e inclusive quem era a presidente do conselho de saúde era a diretora da regional, então como que a diretora da regional como gestora vai fiscalizar seus próprios atos e isso é uma das suas atribuições do conselho, então como que você diretora assume ser presidente do conselho e direção da regional.</p>	<p>3- O conselho regional de saúde não estava organizado porque não havia a possibilidade do diretor da regional de saúde ocupando o cargo de presidente do conselho, fiscalizar seus próprios atos, sendo esta uma das atribuições do conselho.</p>
<p>4- (...) no decorrer desse tempo nós nos organizamos, realizamos conferências de saúde, as nossas reuniões acontecem ordinariamente, a gente tem encaminhado algumas demandas tanto do centro de saúde como do hospital aí a gente tem conseguido construir uma conversa, um diálogo com a atual diretora Dra. Ádna, ela é sempre receptiva e também faz parte do conselho e a gente tem conversado conselho e direção e procurado resolver os problemas (...).</p>	<p>4- O conselho regional de saúde tem se organizado, realizado conferências e reuniões ordinárias. As demandas das unidades de saúde são dialogadas com a gestora que faz parte do conselho de saúde na busca pela resolução dos problemas.</p>
<p>5- (...) lamentavelmente a gente não tem o apoio que deveria no caso do executivo,</p>	<p>5- O conselho regional de saúde não recebe apoio financeiro do governo para a</p>

<p>por exemplo, nós funcionamos aqui nesta sala do hospital Paranoá, Dra. Ádna nós concedeu essa sala, os móveis que aqui estão foram concedidos também pelo hospital, mas nós não temos o apoio financeiro, por exemplo, para executar os nossos projetos então se a gente precisa fazer uma passeata como nós chamamos a comunidade na ocasião do governo nas ruas em que o Arruda esteve aqui então nos fizemos faixa, mas assim todo custo foi com o recurso dos servidores e dos conselheiros. Então carro de som foram outras pessoas quem forneceram os carros, então não tem o apoio financeiro (...).</p>	<p>execução de projetos.</p>
<p>6- (...) o conselho ele é um órgão autônomo independente, mas ele não tem independência nenhuma e não tem autonomia nenhuma no que se diz respeito a finanças e assim nós temos atribuições importantes de acompanhar, de elaborar e de executar, mas nós não temos condições físicas, matérias. É aquela coisa eu te forneço o poder mais eu não te forneço os meios, o conselho é isso. Nós temos o poder, mas nós não temos como exercitar esse poder porque é assim como o Estado nos dá a norma, como tem a resolução 333 e outras leis que diz inclusive que o conselho essa condição de repasse de verba mais só que e para desenvolver as nossas atribuições, mas só que nós não temos condições físicas, não temos condições humanas. (...). Na verdade você tem o poder mais não tem condição, você tem que conviver com essa realidade: o conselho de saúde que em tese pode tudo, mas que na prática não pode nada, porque não tem os meios.</p>	<p>6- O conselho regional de saúde tem funções importantes como acompanhar, elaborar e executar projetos, entretanto, não tem autonomia financeira e não dispõe de condições materiais e recursos humanos para o desenvolvimento de suas atribuições. Segundo a resolução 333, o conselho de saúde é um órgão autônomo e independente, que tem poder, mas os meios não são fornecidos pelo Estado para o exercício desse poder.</p>
<p>7- As nossas reuniões são ordinárias, na primeira segunda feira do mês, podemos também nos reunir extraordinariamente se acontecer alguma demanda, mas a princípio a gente desenvolve as nossas tarefas dentro da possibilidade, dentro do tempo (...).</p>	<p>7- As reuniões do conselho regional de saúde são ordinárias, realizadas mensalmente e caso tenha alguma demanda os conselheiros reúnem-se extraordinariamente.</p>
<p>8- (...) a função de conselheiro é considerada uma função de relevância</p>	<p>8- A função dos conselheiros do conselho regional de saúde é considerada de</p>

<p>pública então os funcionários, por exemplo, que compõe o conselho que nos temos aí três segmentos, gestores, servidores que são os trabalhadores mais a comunidade. Então os conselheiros dos segmentos dos trabalhadores, eles têm uma dispensa do trabalho para fazer e participar das atividades do conselho, mas isso já não acontece, por exemplo, com os conselheiros que são dos segmentos da comunidade porque muitos trabalham na iniciativa privada já não gozam dessa prerrogativa embora tenha e esteja escrito (...).</p>	<p>relevância pública. Os conselheiros representantes de trabalhador e gestor conseguem dispensa do serviço para participar das atividades do conselho, entretanto, os conselheiros representantes dos usuários não conseguem porque a maioria trabalha na iniciativa privada.</p>
<p>9- (...), a gente se organiza dentro das nossas possibilidades e dentro das nossas limitações físicas, financeiras e por aí vai.</p>	<p>9- O conselho regional de saúde trabalha dentro das suas possibilidades e das limitações físicas e financeiras.</p>
<p>10- (...) a partir dessa nossa última gestão que efetivamente está acontecendo que você tem o conselho inserido em um momento da comunidade, tem eventos que o conselho tem participado porque até então você não ouvia falar em conselho de saúde, (...), porque até então você tinha a instituição do conselho, mas não acontecia reunião, não tinha atuação, então na prática eu percebo que a partir de agora em 2006.</p>	<p>10- Atualmente, com a última gestão, o conselho regional de saúde tornou-se atuante, está inserido na comunidade e realiza reuniões.</p>
<p>11- (...) as pessoas são escolhidas por indicação das entidades, tem um rol de entidades que devem (...), em assembleias retirar o nome das pessoas que irão concorrer ao cargo, função de conselheiro (...), então as entidades no caso aqui do Paranoá elegem os seus representantes e encaminham e na conferência você tira o conselheiro aí depois dessa composição é que (...), na assembleia ordinária se tira o presidente dentre os conselheiros já eleitos, esse é o procedimento.</p>	<p>11- As entidades escolhem os seus representantes e encaminham para a assembleia onde serão eleitos os conselheiros do conselho regional de saúde. Depois dessa composição, na assembleia ordinária, tira-se o presidente.</p>
<p>12- (...) as questões assim de relação, de administração, de distribuição mesmo de pessoal você (...), termina trazendo para o conselho a gente conversa, faz os encaminhamentos necessários e termina resolvendo, mas também se discuti a cerca da elaboração das políticas, de como a</p>	<p>12- As questões discutidas no conselho regional de saúde dizem respeito à relação, administração e distribuição de pessoal, à elaboração de políticas públicas e de ações para coibir as endemias e agravos, além de fazer solicitações à cerca</p>

<p>regional lida com o surgimento de doenças porque você tem um processo que faz pesquisas, que faz os levantamentos, você tem atendimento diário e dali você vai desenhando situações, epidemias, fatos que ocorrem com muita frequência, por exemplo, gravidez na adolescência então isso são dados que precisam ser considerados no caso pela regional porque são situações que se formam e é preciso que no caso a regional elabore políticas, ações para coibir essas ocorrências, (...). Isso a gente discute também na conferencia e também a gente faz solicitações a cerca de execução financeira de obras, (...).</p>	<p>de execução financeira de obras.</p>
<p>13- (...), a gente age com muita dificuldade porque nós temos o poder, mas nós não dispomos dos meios, das condições para executar, para resolver porque, por exemplo, para você analisar um projeto financeiro, de execução financeira isso aí é técnico, aí você vai requerer esse técnico (...).</p>	<p>13- O conselho regional de saúde tem poder, mas não dispõe de meios e condições para exercer esse poder, como, por exemplo, não tem técnicos para prestar assessoria.</p>
<p>14- A própria estrutura da secretaria de saúde, da regional de saúde é uma estrutura defasada que não atende nem as necessidades primeiras (...).</p>	<p>14- A estrutura da secretaria de saúde e da regional de saúde é defasada.</p>
<p>15- (...) nós elaboramos um formulário de reclamação tanto para o usuário como para o trabalhador, (...). (...) nós moramos em uma comunidade em que as pessoas têm uma formação escolar muito baixa, não são letradas, não são alfabetizados então você fornecer um formulário daí você tem que elaborar e redigir já de uma certa forma limita, então foi o que até o momento nós conseguimos fazer e também por meio de conversas nos centros de saúde, essas reclamações elas nos chegam também por meio de colegas, pessoas, (...) ou mesmo reclamações que são feitas nos centros de saúde, no hospital. Então nós conhecemos os acontecimentos dessa forma. Às vezes o usuário vem e reclama, por exemplo, eu sou da comunidade, tem oito conselheiros e mais uns dois suplentes que são da</p>	<p>15- As reclamações chegam até o conselho regional de saúde mediante formulários preenchidos pelos trabalhadores e usuários, por reclamações feitas nas unidades de saúde e por meio dos conselheiros que representam o segmento de usuários. O formulário tem o seu alcance limitado porque na comunidade muitas pessoas têm baixa escolaridade e precisam de ajuda para redigi-lo.</p>

<p>comunidade, essas pessoas são como um filtro, vamos supor, aí a gente recebe essas informações e traz para o conselho e discute.</p>	
<p>16- (...) esta relação dos representantes com os seus segmentos seria o retorno (...). Eu não sei como que isso está acontecendo no âmbito de cada instituição, de cada entidade, (...).</p>	<p>16- O retorno das informações do conselho para a comunidade por meio dos seus representantes não é acompanhado.</p>
<p>17- (...) desde elaborar e executar, participar das políticas, acompanhar (...), como a gente vai acompanhar a execução de uma política financeira se nós não temos o conhecimento técnico e nem dispomos de uma pessoa entendeu para fazer isso com a gente? (...) elaborações exigem (...) um conhecimento técnico, no surto de dengue, por exemplo, é preciso que a regional elabore uma estratégia de combate e para que essas estratégias de combate sejam elaboradas é preciso que você tenha técnico e é função do conselho acompanhar, inclusive atuar na elaboração dessas ações, (...).</p>	<p>17- É função do conselho regional de saúde elaborar, executar, participar e acompanhar a execução das políticas públicas de saúde, entretanto, os conselheiros não têm conhecimento técnico e o conselho não dispõe de técnicos nos assuntos pleiteados.</p>
<p>18- Você tem o conselho de saúde do DF, você tem os conselhos de saúde regionais no caso das satélites e a verdade que não existe uma ligação até então entre os conselhos, (...), da conferência de saúde que teve no DF, nós fizemos a nossa aqui em duas semanas, precisamos organizar a nossa em duas semanas por problema na comunicação algo tão sério que acontece a cada quatro anos, nós não tivemos o tempo, não tivemos a condição e nem a estrutura, não nós deram nem condição material de fazer a nossa conferência e de convocar toda a nossa comunidade como tem que ser então porque é um momento que a comunidade local ela precisa refletir e analisar acerca do que está acontecendo no âmbito da saúde e avaliar e propor esse é um dos objetivos da conferência para que essas propostas elas sirvam como um norte de elaboração de políticas de saúde para aquela região então assim, em um momento como esse que é sério e importante não houve uma sintonia</p>	<p>18- Não existe uma ligação entre os conselhos regionais de saúde com o conselho de saúde do Distrito Federal. Há problema na comunicação como pôde ser observado na organização da conferência regional de saúde, o qual é um momento sério e importante para a comunidade propor as políticas públicas de saúde da sua região.</p>

<p>perfeita entre os conselhos imagina com relação às unidades de saúde. Então estou te falando acerca aqui da nossa função de atuar na elaboração das políticas, por exemplo, e não acontece infelizmente.</p>	
<p>19- (...), os conselheiros dos segmentos dos trabalhadores e até já com base na vivência elaboraram um documento e ali eles pautaram as necessidades assim, mais emergências da comunidade dos usuários e aquele documento nós trouxemos aqui e discutimos no âmbito do conselho de saúde e passamos para a (...) gestora já que tem que atuar e as questões eram relacionadas à questão da gerência, da administração, do atendimento (...) com relação a (...), demora em fila, médicos atendendo mal, então eram questões mais ligadas a administração mesmo, então nós discutimos e encaminhamos o documento para a gestora, (...).</p>	<p>19- Os conselheiros representantes dos segmentos dos trabalhadores elaboraram um documento pontuando as necessidades mais emergentes da comunidade, as quais eram questões relacionadas à gerência, à administração e ao atendimento (mau atendimento médico, demora nas filas). Esse documento foi discutido no conselho regional de saúde e apresentado à gestora para a tomada de providências.</p>
<p>20- (...) os conselheiros do segmento dos trabalhadores eles estão lá, eles são termômetro eles vão saber se houve mudanças ou não.</p>	<p>20- Os conselheiros representantes do segmento de trabalhadores detectam se ocorreram ou não mudanças nas unidades de saúde solicitadas pelo conselho regional de saúde à direção da regional de saúde.</p>
<p>21- A população em sua grande maioria desconhece totalmente o conselho de saúde isso e mais ainda o controle social, e se quer eles nem tem noção que devem acompanhar os processos que tem esse meio de desabafo, (...).</p>	<p>21- A maior parte da população desconhece a existência do conselho regional de saúde, do exercício do controle social e da importância de acompanhar os processos decisórios.</p>
<p>22- (...) é preciso que haja uma política séria mesmo voltada para o esclarecimento porque, eu entendo que o controle não vai acontecer, enquanto a sociedade não tiver o conhecimento que ela é que vai fazer esse controle não adianta você dizer que existe o controle, mas que os maiores interessados, os endereçados não tem conhecimento, essa é a realidade, (...).</p>	<p>22- É preciso que haja uma política séria voltada para o esclarecimento da sociedade sobre os conselhos de saúde e sobre a sua responsabilidade de fazer o controle social acontecer.</p>
<p>23- (...) o conselho está muito aquém porque ele não tem forças, não existe uma política financeira que dê essa condição</p>	<p>23- O conselho regional de saúde não tem força porque não existe uma política financeira que lhe dê condições de</p>

para o conselho de se virar, de elaborar suas estratégias, seus trabalhos de forma que alcance essa sociedade (...).	elaborar estratégias que alcance as demandas da sociedade.
24- (...) o segmento que termina sendo prejudicado (...), por essa falta de informação é a comunidade porque o trabalhador ele está ali no dia a dia, o gestor até por sua própria formação acadêmica tem mais acesso, agora a comunidade do Paranoá tem como característica a baixa escolaridade, então você precisa de meios de formação diversificados, (...) que dê essa condição para as pessoas tomarem conhecimento, (...) a sociedade não tem conhecimento do que é o conselho de saúde, eles não sabem o que é, quais são as atribuições, para que serve, para onde vai, essa é a grande verdade, e isso precisar ser resolvido, ao meu ver isso tem que ser resolvido e o mais rápido possível.	24- A comunidade é o segmento mais prejudicado pela falta do conhecimento, já que os trabalhadores e os gestores têm a formação técnica e acadêmica. A comunidade do Paranoá tem como característica a baixa escolaridade e é preciso o uso de recursos didáticos variados para conseguir transmitir o conhecimento a cerca do que é conselho de saúde e das suas atribuições.

Discurso XII

Unidades de Significado	Redução Fenomenológica
1- A questão da prática do controle social na minha regional eu poderia dizer que não tem assim tantos problemas maiores (...) até porque o Cruzeiro, Octogonal e Sudoeste a rigor é uma cidade foi criada encravada dentro do Plano Piloto e não fica distante dos grandes hospitais.	1- A prática do controle social não apresenta problemas maiores pelo fato da região administrativa está próxima ao Plano Piloto, o que facilita o acesso da população aos grandes hospitais.
2- (...), os centros de saúde nós temos dois centros de saúde, o centro 14 do Cruzeiro Velho e o centro 09 no Cruzeiro Novo, esses dois centros de saúde já estão praticamente com a sua demanda de atendimento extrapolada não necessariamente por causa em função do Cruzeiro, ou seja, da nossa região mais das demandas que vem de outros lugares, por exemplo, o centro de saúde 14 do Cruzeiro, atendem pessoas que vem de Formosa, povoados próximos daqui de Brasília e do Cruzeiro e o centro 09, atende as pessoas da Estrutural, do Guará	2- Os dois centros de saúde apresentam uma demanda de atendimento maior do que a sua capacidade. A procura dos serviços de saúde por pessoas moradoras de cidades próximas ou até mesmo por pessoas que moram distantes, mas que trabalham nas proximidades das unidades de saúde tem prejudicado a organização interna dos serviços.

<p>uma grande demanda e agora do Sudoeste porque que está vindo muita demanda do Sudoeste e se aumenta essa demanda e a unidade não está devidamente preparada com pessoal, com estrutura capaz de atender isso vai causando problemas. Hoje o centro de saúde 09 tem problema em função dessa demanda que não é possível controlar inclusive isso causa até problema de ordem interna do ponto de vista da organização interna da gestão em função de que estes pacientes, vamos dizer que eles são transitórios, que eles não moram no Cruzeiro, então vem uma pessoa lá do Guará porque a pessoa trabalha no Cruzeiro é doméstica e mora no Guará, como às vezes vem lá de Samambaia, vem de outras cidades que arrumam emprego lá no Cruzeiro Novo, Cruzeiro Velho ou Sudoeste e vão procurar o centro de saúde 9 do Cruzeiro Novo, então exatamente este problema é que causa certas dificuldades na organização do atendimento neste centro de saúde e isso hoje com mais incidência ele se registra no centro de saúde 9 porque como eu disse, está mais próximo da Estrutural.</p>	
<p>3- (...) hoje a gente tem uma demanda que está crescendo a cada ano (...) nós estamos hoje lutando para que se construa um centro de saúde no Sudoeste, porque o Sudoeste hoje tornou-se um centro de comércio muito nervoso, muito agitado e existe muito emprego lá, a maioria das pessoas que vem de outras cidades satélites trabalha no Sudoeste e quando precisam evidentemente vão procurar o centro de saúde 9 do Cruzeiro Novo, então agora por ocasião da vinda do Governador Arruda no Sudoeste no mês de Maio foi reivindicado a construção de um centro de saúde lá no Sudoeste.</p>	<p>3- O conselho regional de saúde reivindicou ao Governador do Distrito Federal a construção de um centro de saúde com o objetivo de atender a demanda excedente.</p>
<p>4- (...) o controle social em si não é muito difícil de exercer no Cruzeiro até porque existe um entrosamento muito bom entre a presidência do conselho de saúde, o próprio conselho de saúde e as duas gestoras (...) então existe um bom</p>	<p>4- O controle social na cidade do Cruzeiro não é difícil de exercer porque há um bom entrosamento entre o conselho de saúde e as duas gestoras que também compõem o conselho. Há problemas de ordem burocrática na Secretaria de Saúde, mas</p>

<p>entrosamento até por que elas estão no conselho e a dificuldade que a gente vai encontrando, a gente vai tentando sanar juntos, evidentemente que há problemas de ordem estrutural que depende inclusive lá da Secretaria de Saúde ou do setor competente da Secretaria de Saúde como é o caso do provimento de remédios nas farmácias dos centros, sempre é um problema muitas vezes os centros pedem certa quantidade e lá o setor que distribui às vezes não tem aquele para atender no momento porque lá na central também não tem ou não mandaram o suficiente. Então existem esses problemas de ordem burocrática, mas que não chegam realmente, no caso do Cruzeiro e Sudoeste, a afetar profundamente a dinâmica do atendimento e causar problemas maiores.</p>	<p>que não afetam profundamente a dinâmica do atendimento.</p>
<p>5- (...) os princípios que norteiam o SUS são princípios que a gente não pode negar, são de uma eficácia social muito grande, o princípio da universalidade (...), o princípio da equidade que resguarda o acesso, que visa garantir o acesso, da descentralização, (...).</p>	<p>5- Os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde como a universalidade, a equidade, a acessibilidade e a descentralização são de relevante eficácia social.</p>
<p>6- (...) hoje o grande problema, o grande gargalo da saúde no Brasil, não é em Brasília, é no Brasil é exatamente porque, eu hoje posso dizer assim, o problema da regulação ela não está acontecendo com eficácia em todos os Estados brasileiros e o que é essa regulação? A regulação vem exatamente disciplinar as ações dos profissionais da saúde, enfermeiros, sobretudo enfermeiros e médicos, para que cumpram as suas cargas horárias, então define a consulta nas áreas de oftalmologia, na área de odontologia, endocrinologia e por aí a fora, diversas especialidades. Os médicos têm que cumprir os seus horários, então hoje o que acontece, é que o médico tem quarenta horas e ele não cumpre quarenta horas. (...), não vai ter atendimento eficaz, vai ficar gente sem atender ou se for atender essa pessoa ficará esperando o dia todo para ser atendida, como eu já tenho</p>	<p>6- O maior problema da saúde no Brasil é que a regulação não acontece com eficácia. Esta serviria para disciplinar as ações dos profissionais da saúde, principalmente no que diz respeito ao cumprimento da carga horária.</p>

<p>constatado aqui nos hospitais de Brasília esse tipo de coisa, então eu já estou convencido de que o problema para se corrigir isso, o sistema, o secretário de saúde tem que exigir dos médicos o cumprimento das quarenta horas ou vinte horas, conforme seja o seu contrato. E havendo essa disciplina, havendo esse comprometimento do profissional da saúde com o atendimento que ele tem que dar no hospital ou em qualquer unidade de saúde, isso vai melhorar.</p>	
<p>7- O que a gente verifica que há um desrespeito, (...), as pessoas de menos posse, as pessoas que não tem ninguém por elas ou então se é um coitado ou uma pessoa que vem da periferia ainda há esse ranço de prepotência de alguns médicos de tratar essas pessoas achando que eles são superiores as pessoas, como se as pessoas tivessem no hospital para pedir favores, não é dessa forma, a partir do momento que houve uma consciência que está expressa na Constituição Federal, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, isso tem que ser revisto (...).</p>	<p>7- É preciso rever o modo que os médicos tratam as pessoas de menor poder aquisitivo.</p>
<p>8- Outra exigência que está muito latente neste contexto de dificuldade é o salário do profissional, o profissional tem que ser bem pago (...), então se a pessoa também não é bem remunerado e a vida não está fácil para ninguém, essa pessoa vai trabalhar levando problemas para o trabalho, (...), às vezes a gente não quer, mas a vezes os problemas são tão agudos que você sem querer está absorto com eles e isso tem influência no seu atendimento, (...) o ideal é que todos fossem para o trabalho, trabalhar com satisfação.</p>	<p>8- A satisfação e a remuneração dos profissionais da área da saúde constituem-se em exigências do conselho regional de saúde.</p>
<p>9- (...) o sistema deve rever, exatamente como é que está sendo dada a assistência ao trabalhador da saúde? Como é que esse trabalhador da saúde está sendo tratado em seu ambiente de trabalho? Ele está tendo o Estado, o sistema está tendo o cuidado de atendê-lo regularmente em relação aos problemas da sua saúde? O sistema está lembrando que este servidor é</p>	<p>9- Não existe um programa de atendimento à saúde do trabalhador e isso contribui para a precariedade do sistema de saúde.</p>

<p>um ser humano e que também às vezes está doente? Doente de preocupação, doente porque o salário não está dando, enfim uma série de outros problemas que podem estar ocasionando doenças. Então hoje me parece e eu estou convencido de que outro problema que contribui para a precariedade dessa saúde é que própria gente da saúde não está sendo atendido ou que não existe um programa de atendimento para o trabalhador da saúde.</p>	
<p>10- (...) é preciso que haja também uma humanização, o médico tem que ter consciência de que o seu paciente ele tem que chamá-lo, conhecê-lo pelo nome. Isso é um o grande problema também que o médico (...) quando olha, olha de cima para baixo com superioridade e o médico é o agente do Estado, o médico é um agente do Estado, ele está ali como profissional para cumprir a sua obrigação em relação aos usuários da saúde, que não vão aos hospitais, nem unidades de saúde pedir favores, vão buscar aquilo que é o Estado de direito tem para com eles. Então essa consciência a gente tem que mudar ela também e eu tenho trabalhado neste sentido como coordenador disciplinar do conselho de saúde, (...).</p>	<p>10- O conselho regional de saúde tem trabalhado no sentido de humanizar o atendimento médico.</p>
<p>11- Então a minha experiência hoje com o controle social ela se remete para que haja em primeiro lugar eu diria (...) que discutir o modelo de gestão que esta acontecendo hoje no sistema de saúde brasileiro, (...)? Porque não é só aplicar dinheiro não, tem saber como está sendo gerido o dinheiro e neste sentido que hoje defendo a tese de que é preciso repensar neste país a gestão e este repensar ele tem como pressuposto uma ampla discussão envolvendo as academias, os futuros médicos, futuros enfermeiros para que eles também comecem a se formar com essa consciência nova e que o controle social realmente seja forte e que o SUS muito mais forte ainda para que seja de todos e para todos, essa é a nossa luta. E a gente percebe que não a questão de botar mais dinheiro ali, que tem que botar mais</p>	<p>11- A experiência do controle social remete a discussão do modelo de gestão do sistema de saúde brasileiro. É preciso repensar a gestão dentro de uma ampla discussão com as academias.</p>

<p>remédio, não é não, é gestão. Temos que trabalhar agora e discutir gestão, para aí então dos recursos que nós temos disponibilizados gente poder saber como eles poderão ser distribuídos e os recursos aplicados. Esse é o nosso ponto de vista e a nossa experiência se remete a este tipo de questionamento, (...).</p>	
<p>12- O conselho de saúde (...) para funcionar ele tem que ter uma mesa diretora, que pode ser o presidente e o vice-presidente ou uma mesa diretora composta de quatro pessoas, dois usuários, um trabalhador e um gestor. (...) os conselhos estão funcionando com um presidente e um vice-presidente e uma secretária executiva e tem que ter um espaço condigno e uma estrutura mínima, um telefone, duas mesas, algumas cadeiras e um computador. Esses são os pressupostos, os pré-requisitos para que o conselho funcione regularmente.</p>	<p>12- Para o conselho funcionar regularmente precisa de um presidente e vice-presidente ou uma mesa diretora composta por dois usuários, um trabalhador e um gestor; uma secretaria executiva; um espaço físico e uma estrutura mínima de escritório.</p>
<p>13- (...) conselho do Cruzeiro (...) tem computador, hoje ele tem telefone (...) e uma salazinha para funcionar, então não temos pessoal de apoio, porque (...), o novo governo demitiu todas as pessoas que estavam aí do antigo ICS e a nossa secretária era ICS e o governo não teve maior preocupação em repor esse pessoal e atender essa demanda dos conselhos de saúde (...).</p>	<p>13- O conselho regional de saúde funciona em uma sala que possui um computador e um telefone. Não tem secretária porque foi demitida pelo governador.</p>
<p>14- (...) o conselho de saúde do Cruzeiro (...), está cumprindo seu papel diante da sociedade e da qualidade que ele tem de jurisdição, sempre trabalhar articulado com os poderes constituídos da localidade e muito mais entrosado com os dois centros de saúde, que é exatamente o suporte de nossas ações.</p>	<p>14- O conselho regional de saúde tem cumprido seu papel diante da sociedade, mediante trabalho articulado com as unidades de saúde e com os poderes constituídos da região.</p>
<p>15- Então em termos de funcionamento conselho de saúde do Cruzeiro está funcionando bem, e hoje o conselho de saúde do Cruzeiro é um modelo para muitos conselhos de saúde, é uma referência, não diria um modelo, é uma</p>	<p>15- O conselho regional de saúde do Cruzeiro funciona bem e é uma referência para os demais conselhos regionais.</p>

referência para muitos conselhos de saúde.	
<p>16- Para compor um conselho tem que se abrir um processo eleitoral. E o primeiro passo desse processo se constitui uma comissão que vai divulgar esse edital junto às entidades que tem interesse de participar do conselho, então faz o levantamento das entidades que existem na sua localidade, no caso do Cruzeiro tem que ver a associação dos moradores, associação de pais e professores que nós temos no caso um representante lá dentro do conselho, outras entidades da sociedade brasileira que estão devidamente organizadas. (...) Que tenha um estatuto e que este estatuto esteja reconhecido no fórum local só assim essa entidade pode se credenciar a mandar um representante para o conselho. Não pode ser qualquer entidade (...). Então divulga esse edital nas entidades e cada entidade é convidada a indicar um titular e um suplente para representar aquele segmento, esse segmento se apresenta do usuário, os trabalhadores pelo seu sindicato das suas organizações, os gestores entre eles gestores e os usuários pelas entidades da sociedade organizada, movimentos comunitários e por aí a fora, os conselhos comunitários. Isso feito se marca um dia para a reunião e se reúnem então os usuários com os usuários, trabalhadores com trabalhadores e gestores com gestores e vão escolher os conselheiros, quem vai ser o titular para compor aquele conselho, usuários dentro dos usuários de acordo com o número. O conselho de dezesseis pessoas como é o nosso, nós temos oito usuários, quatro trabalhadores e quatro gestores, são dezesseis não é isso, então sempre igualdade. Então isso feito o conselho está devidamente composto para funcionar, convoca-se uma reunião ordinária para eleger o presidente e o vice ou a mesa diretora.</p>	<p>16- É realizado um processo eleitoral para a escolha dos membros do conselho. A primeira etapa é a formação de uma comissão eleitoral que divulgará o edital às entidades que tenham estatuto reconhecido pelo fórum local e interessadas em participar do conselho. Cada entidade credenciada indica um titular e um suplente. É marcado um dia para reunião onde os usuários, os trabalhadores e os gestores escolhem os seus representantes dentro dos grupos respectivos. Feito isso, convoca-se uma reunião ordinária para eleger o presidente e o vice ou a mesa diretora.</p>
<p>17- (...) existem duas formas de você conduzir um conselho, com o presidente e o vice-presidente, que é o caso do meu</p>	<p>17- Há duas formas de conduzir um conselho: por intermédio do presidente e vice-presidente ou da mesa diretora. Nesta</p>

<p>conselho do Cruzeiro, como é o caso de muitos conselhos daqui de Brasília e a mesa diretora. Hoje estou sendo partidário da mesa diretora, e dentro da mesa diretora se tira o presidente assim é feito para o conselho nacional, (...)? Porque são mais pessoas envolvidas na administração do conselho e do jeito que esta hoje, eu estou sozinho praticamente como presidente porque meu vice não está podendo comparecer e os outros conselheiros não assumem essa obrigação que deveriam ter assumido por todos e o presidente fica sozinho porque ele tem a responsabilidade sobre o conselho e com a mesa diretora não, eu teria a minha pessoa, mais aqueles membros que estão lá na mesa diretora sob o suporte de ajuda (...).</p>	<p>última há mais pessoas envolvidas na administração do conselho.</p>
<p>18- Os assuntos discutidos no conselho são os mais diversos possíveis. Todos os assuntos que dizem respeito à questão da saúde eles devem ir para o conselho, todos, sobre tudo aqueles que envolvem atendimento, recursos, aplicabilidade de recursos, medicamentos, distribuição de medicamentos e como diria estrutura e funcionamento das unidades de saúde, como está se dando o atendimento de saúde, como está marcando exame, quanto tempo que está levando para marcar uma consulta, então esses problemas todos são agendas que devem ir para o conselho.</p>	<p>18- Todos os assuntos relacionados à saúde são discutidos no conselho, inclusive, os referentes ao funcionamento e dinâmica dos serviços nas unidades de saúde.</p>
<p>19- Hoje, os mais relevantes são a questão de recursos, dentro dos recursos que a gente tem que estar mais a par, saber quanto que está sendo repassado para as regionais de saúde, como que está sendo aplicado este dinheiro, qual é o plano de saúde dessas regionais, isso hoje poucos conselhos estão fazendo. O conselho de saúde do Cruzeiro começou trabalhando no ano passado, fazendo já isso, hoje nós temos um plano de metas da regional de saúde e o do próprio HRAN, (...) esses são os assuntos que constitui a agenda de um conselho e de debates e discussões e deliberações.</p>	<p>19- A elaboração do plano de metas da regional de saúde se constitui em uma das questões mais relevantes na agenda de um conselho.</p>

<p>20- Esses assuntos podem chegar no conselho por diversas formas, levados por conselheiros ou levados pelos próprios usuários. O usuário sabe de um problema, sabe que existe um conselho de saúde que defende (...), seus interesses (...), então se ele tem um problema e acha que é gravíssimo (...), ele pode levar ao conselho essa denúncia e o conselho vai discutir isso no seu plenário. Quando isso é apresentado por escrito se cria o processo para averiguar (...) no local onde o usuário trouxe a denúncia, saber se realmente procede (...). Averigua-se, e uma vez que for procedente, o conselho delibera dirigir por via de regra um ofício ao setor competente dizendo que foi procurar e houve está denúncia para o conselho e que averiguado, como foi constatado a verdade aí o conselho agora pede providência (...).</p>	<p>20- Os assuntos discutidos no conselho regional de saúde chegam por meio dos conselheiros e dos usuários. As denúncias são apresentadas por escrito, abre-se um processo para averiguação, uma vez procedente a denúncia, remete-se um ofício ao setor competente pedindo providência.</p>
<p>21- O conselho de saúde (...) é uma instância de deliberação coletiva permanente, ele agrega a participação popular. (...)? Através dos segmentos que compõem o conselho, então, agrega os trabalhadores através dos sindicatos e das suas organizações específicas, agregam os usuários através dos segmentos diversos, organização de patologias, associações de moradores, conselho comunitário, movimentos comunitários (...).</p>	<p>21- O conselho regional de saúde é uma instância de deliberação coletiva permanente e que agrega a participação popular por meio dos representantes dos diversos segmentos que o compõe.</p>
<p>22- (...) esta questão de prioridades é um processo, (...). Hoje os conselhos de saúde em Brasília particularmente falo deles, eles ainda não estão devidamente preparados para ter esse discernimento que envolve estas questões.</p>	<p>22- A definição de prioridades é um processo e os conselhos regionais de saúde do Distrito Federal não estão preparados para ter esse discernimento.</p>
<p>23- No conselho a gente tem se preocupado em levantar o perfil epidemiológico das cidades do Cruzeiro, do Sudoeste para constatar o índice de pessoas, adolescentes envolvidos com drogas, o índice de doenças sexualmente transmissível e por aí a fora então a gente tem se preocupado sim em fazer esse levantamento epidemiológico e com isso tentando ter uma dimensão da cidade em</p>	<p>23- O conselho regional de saúde do Cruzeiro tem feito o levantamento do perfil epidemiológico da cidade para traçar as prioridades segundo a realidade de cada localidade.</p>

<p>termos da realidade dela. Nós estamos até fazendo um atendimento hoje lá no centro 09 tentando amadurecer um projeto em todas as regionais que é o PRAIA, que é um programa de atendimento ao adolescente e que lá no Cruzeiro já está dando corpo a ele, tentando levar isso a termo, através com a hebiatra, com equipe realmente competente, devidamente estruturada para atender esses jovens que vem de famílias desestruturadas que são hoje vítimas (...). O conselho começa então a ter um levantamento, a ter uma perspectiva de levantamento que pode estar a cada ano melhorando em relação a realidade de cada localidade, de cada região.</p>	
<p>24- (...), hoje o conselho já nos últimos dois anos tem feito reuniões itinerantes para tentar se divulgar e aparecer na sociedade, (...), inclusive fizemos reuniões nos centros de saúde, para tentar criar um elo de articulações entre os trabalhadores e o próprio conselho e a gestão, então o conselho hoje é que está tentando se posicionar dentro da sociedade se tornar conhecido para a partir daí tornar-se uma referência, (...).</p>	<p>24- O conselho regional de saúde do Cruzeiro tem tentado se posicionar dentro da sociedade e se tornar conhecido por meio de reuniões itinerantes. Inclusive reuniões nas unidades de saúde para criar elos de articulação entre os trabalhadores e os gestores.</p>
<p>25- (...) uma instância onde as pessoas vão procurar essa instituição, este colegiado para levar os seus problemas e partilhar com os conselheiros as suas dificuldades e buscar aí as soluções.</p>	<p>25- O conselho regional de saúde é uma instância onde as pessoas levam os seus problemas, as suas dificuldades e partilha com os conselheiros em busca de soluções.</p>

Discurso XIII

Unidade de Significado	Redução Fenomenológica
<p>1- Nós iniciamos a nossa gestão, em Abril deste ano com o enfoque muito voltado para esta questão do controle social, a nossa preocupação é fazer com que a comunidade também participasse da gestão na área da saúde, tivesse uma participação maior do que já vem tendo até então, e desde o início nós instituímos fóruns de discussão da saúde pública aqui</p>	<p>1- O conselho regional de saúde tem promovido fóruns de discussão da saúde pública em que todos os segmentos sociais são convidados a participar, com o objetivo de aumentar a participação da comunidade e formar parcerias na resolução dos problemas de saúde da cidade, tendo como enfoque o controle</p>

<p>em Planaltina, fizemos dois encontros já, em que convocamos os mais diversos segmentos sociais, lideranças comunitárias, religiosas, empresariais e políticos, lideranças comunitárias das mais diversas instituições da cidade, como a administração, conselho tutelar, os próprios membros do conselho de saúde, o pessoal ligado a área de segurança, inclui, bombeiros, polícia militar e civil, pessoal da educacional, EMATER, área rural, e juntos estudarmos a questão de saúde aqui da nossa cidade, e está sendo muito bom porque estamos avançando nesse ponto, estamos conseguindo fazer com que várias coisas sejam conquistadas dentro de um espírito de parceria e de discussão em comum dos problemas de saúde da nossa cidade.</p>	<p>social.</p>
<p>2- (...) nós imediatamente instituímos estes fóruns, o resultado tem sido muito bom, nós estamos conquistando o apoio da comunidade porque quando você coloca o tema saúde de uma maneira transversal em que você discute com outras pessoas da comunidade, sai do âmbito da saúde propriamente dita e passa a discutir com outros segmentos da sociedade, você de certa forma contribuiu para diminuir muito as tensões existentes em relação ao tema que normalmente a saúde principalmente na mídia é vista de forma muito negativa o enfoque muitas vezes distorcido e muitas vezes porque não há compreensão de fenômeno saúde e doença, muitas vezes você não tem por falta mesmo de conhecimento do outro lado ou por falta até mesmo de interesse em ter uma correta dimensão da questão saúde, muitos sabem vender notícias no ponto de vista da mídia, você não consegue pontuar a questão de uma forma correta, adequada e quando você coloca em discussão junto com a comunidade os problemas da saúde, muita das tensões de hostilidade que você normalmente tem quando você gerencia a saúde no trato com a comunidade isso se dilui porque a população passa a enxergar o outro lado</p>	<p>2- O conselho regional de saúde mediante fóruns de discussão da saúde pública, busca diminuir as tensões existentes em torno do tema saúde, a hostilidade em relação à gerência de saúde, promover a compreensão do processo saúde e doença e as dificuldades nele envolvidas, compartilhar a saúde em níveis de discussão transversal com outros segmentos da sociedade para com isso conquistar o apoio da comunidade.</p>

<p>de uma forma menos hostil a compreender mais o processo e as dificuldades envolvidas nele. Com isso você começa a distender mais os ânimos, a entender mais o outro lado e a ver que nem sempre é culpa do profissional ou da instituição se a coisa não vai bem. A coisa muitas vezes transcende o controle e a governabilidade de quem está ali no momento no controle de um hospital, no controle de um pronto-socorro ou mesmo no controle de uma consulta, então muitas vezes a coisa não é assim tão maniqueísta, no sentido de que sempre o médico ou o diretor está de má vontade ou está errado e outro lado é que está correto, então esse processo de compartilhar a saúde em níveis de discussão contribui muito para que isso aí tenha uma atenuação, é dentro dessa proposta que a gente está indo.</p>	
<p>3- (...) funciona através de três segmentos que compõe ele, seria os segmentos dos gestores, o segmento dos usuários do sistema que são os pacientes e população de maneira geral e o segmento dos servidores que não são gestores, são servidores e não são necessariamente diretores, (...).</p>	<p>3- O conselho regional de saúde funciona através de três segmentos, os de gestores, de usuários e de trabalhadores.</p>
<p>4- Uma vez por mês a gente se reúne aqui no nosso hospital para discutirmos os avanços e os problemas da saúde dentro da comunidade (...).</p>	<p>4- O conselho regional de saúde reúne-se mensalmente para discutir os avanços e problemas da saúde da comunidade.</p>
<p>5- (...) nós estamos fazendo com que o conselho tenha cada vez mais representatividade aqui na nossa comunidade porque nos últimos anos ele ficou na posição um tanto quanto esquecida no processo da saúde, da discussão da saúde e a gente está tentando resgatar isso aí, fazer com que ele fique mais atuante, mais propositivo de maneira que as coisas aconteçam aqui também com a participação do conselho, (...).</p>	<p>5- Os conselheiros da atual gestão têm se proposto a resgatar a atuação do conselho no processo e na discussão da saúde, tornando-o mais propositivo e representativo.</p>
<p>6- (...), o conselho é uma instância de discussão da saúde muito importante que representa a sociedade (...).</p>	<p>6- O conselho é uma instância de discussão da saúde muito importante e que representa a sociedade.</p>

<p>7- (...) não pode ficar de fora do jogo da saúde tem que fazer parte desse jogo e a gente está aos poucos resgatando isso aí, inclusive com a proposta de ter uma sede dentro da nossa regional para acolher as reuniões em um lugar próprio para dar mais identidade ainda ao conselho, para dar mais personalidade a ele, é uma maneira de tornar ele mais vigílio dentro da regional.</p>	<p>7- A proposta de ter uma sede do conselho dentro da Regional de saúde é uma forma de torná-lo mais vigilante, dar mais identidade e de resgatar a atuação do conselho no jogo da saúde.</p>
<p>8- O conselho funciona há vários anos na regional, (...), só que dentro de uma atuação muito tímida (...).</p>	<p>8- O conselho funciona há vários anos, porém, dentro de uma atuação muito tímida.</p>
<p>9- (...) é isso que a gente está tentando modificar neste paradigma de atuação dele, fazer ele mais participativo, mais atuante, mais propositivo e reivindicador também, muitas coisas precisam ser reivindicadas fora do âmbito de Planaltina em nível mais central, em nível de GDF e o conselho de saúde ele pode ser esse veículo para isso, um elemento de controle social mais forte.</p>	<p>9- O conselho regional de saúde pode ser um elemento de controle social superior, desde que seja, mais participativo, atuante, propositivo e reivindicador, não só no âmbito da região administrativa, mas em nível central do Governo do Distrito Federal.</p>
<p>10- (...), os membros escolhem o presidente e eu fui escolhido, através de eleição e os outros membros se apresentam voluntariamente para fazer parte, o diretor que responde, eu no caso respondo pela direção da regional, eu palpito no sentido de escolher os outros gestores que vão fazer parte, lógico que não são obrigados, a concordarem com a minha escolha, podem declinar do convite, mas o processo é normalmente dessa forma o segmento dos usuários e o segmento dos servidores seguem a mesma linha de convite, as pessoas se oferecem.</p>	<p>10- O presidente do conselho regional de saúde é escolhido mediante eleição e os demais membros são convidados ou se oferecem voluntariamente para compor o conselho. O diretor da regional escolhe os representantes de gestor, que têm a liberdade de aceitar ou não o convite.</p>
<p>11- É uma forma, sendo uma opção voluntária vamos dizer assim mais fácil de conseguir adesão das pessoas no sentido de trabalharem, porque se você se voluntariamente se expôs é porque está realmente interessado em ajudar, em trabalhar até porque não existe nenhuma remuneração para nenhum dos conselheiros é uma coisa justamente gratuita, sem ônus para ninguém, nenhum</p>	<p>11- A opção de ser conselheiro é voluntária e isso garante a adesão ao trabalho com mais facilidade, pois só participam as pessoas com real interesse em ajudar, desinteressadas em remuneração já que esta não existe.</p>

<p>órgão público, então as pessoas se dispõem a estarem presentes é porque querem realmente ajudar.</p>	
<p>12- Os assuntos discutidos no conselho são sempre assuntos que dizem respeito a questão da saúde na comunidade (...), assuntos principalmente de ordem técnica ou mesmo de dinâmicas internas próprias do hospital ou dos centros de saúde que não interessa ao conselho discutir nem é da sua alçada, esses assuntos a gente não discute, mas os assuntos que tem um alcance mais social que interessam a todos que estão discutindo ali ou seja usuários, ou seja servidor, seja gestor estes assuntos normalmente são colocados em pauta.</p>	<p>12- O conselho regional de saúde discute assuntos relacionados à saúde que tenham alcance social. Os assuntos de ordem técnica e relacionados às dinâmicas internas do Hospital e centros de saúde não interessam ao conselho discutir.</p>
<p>13- (...) os temas eu sugiro, outros vão sugerindo, para ficar uma coisa mais aberta e democrática, a gente não impõem temas, os temas são de certa forma, discutidos em conjunto.</p>	<p>13- Os temas das pautas das reuniões são sugeridos por todos os conselheiros, de forma democrática.</p>
<p>14- (...) nós estamos sempre em contato com os gestores, os servidores dentro do hospital repercutem as decisões também em cada setor em discussões conjuntas e os usuários levam para suas comunidades respectivas, existem instâncias em discussão em nível comunitários através das associações de moradores, a própria mídia, igrejas, associações comerciais, escolas, os vários segmentos sociais que acabam recebendo os informes do que foi discutido e do que está sendo discutido. Nós estamos também na linha de informar muito a população, a cada número do jornal da cidade que sai, tem sempre notícias da saúde a gente faz questão de estar sempre presente, pontuando coisas importantes, informando principalmente, (...).</p>	<p>14- As decisões do conselho são levadas pelos conselheiros aos seus respectivos segmentos, ou seja, gestor informa gestores, trabalhador informa aos servidores e usuários mediante instâncias de discussão de nível comunitário, informa a população. É utilizado também o jornal local.</p>
<p>15- (...) o rádio é sempre também um mecanismo de informe muito bom que nós usamos aqui, inclusive coincidentemente semana que vem nós vamos fazer um link radiofônico da cidade em que vamos ficar por cerca de uma hora ouvindo perguntas e respondendo, abertas para a comunidade</p>	<p>15- O conselho regional de saúde utiliza a rádio como mecanismo de informação para reduzir a hostilidade e a incompreensão da comunidade em relação à atuação da gestão de saúde regional.</p>

<p>para justamente informar dentro dessa idéia que quanto mais informe, menos hostilidade, menos incompreensão, porque você está se poupando de algo.</p>	
<p>16- (...) discutir os problemas de saúde da comunidade e propor alternativas de resolução desses problemas, (...), então é um local de discussão do tema saúde em que a comunidade tem a oportunidade de estar no controle do tema. Lógico com a assistência técnica de gestores e de técnicos que fazem parte desse conselho também.</p>	<p>16- O conselho regional de saúde é um local de discussão do tema saúde em que a comunidade tem a oportunidade de estar no controle do tema, com a assistência técnica de gestores e trabalhadores que fazem parte do conselho.</p>
<p>17- (...) pessoas que queiram assistir as reuniões do conselho são convidadas de uma maneira geral, não há restrição a ninguém, qualquer pessoa pode assistir as reuniões, são abertas, (...).</p>	<p>17- As reuniões do conselho regional de saúde são abertas à população de maneira geral.</p>
<p>18- (...), nós temos um domínio melhor do tema porque somos técnicos da área, nós temos mais condições de colocar algumas coisas que nós vimos como prioritárias, mas não é nada colocado de uma forma vertical, a gente coloca, é discutido e em conjunto a gente decide, propostas prioritárias e é assim que a coisa funciona. Tem um embasamento técnico, mas sempre com um lado também de discussão, de transversalizar o mecanismo de discussão.</p>	<p>18- O conselho regional de saúde utiliza o mecanismo de discussão transversal para a determinação de propostas prioritárias, onde os técnicos da área fornecem embasamento técnico.</p>
<p>19- Através de informes nos jornais, através de discussão em nível de rádio, através dos fóruns que nós promovemos no hospital em que as coisas são divulgadas, são colocadas, através também da própria repercussão que os componentes do conselho fazem às suas respectivas comunidades, que o conselho tem gente dos mais diversos bairros. (...). Então este pessoal acaba de um jeito ou de outro levando para as suas comunidades, pelo menos é o papel que devem ter, de levar para a sua comunidade o que é discutido e o que foi decidido também.</p>	<p>19- O que é discutido e decidido no conselho é divulgado para a comunidade através de rádio, de jornais, de fóruns no hospital e dos componentes do conselho às suas respectivas comunidades.</p>
<p>20- (...) o SUS (...), ao longo do tempo ele foi se deteriorando como idéia, hoje em</p>	<p>20- A importância do controle social e das instâncias de discussão advém da</p>

<p>dia o sistema está com várias distorções, (...). Precisando ser reestruturado, ser repensado, para que muita coisa seja reformulada daí a importância do controle social, das instâncias de discussão que seriam cada vez mais fortalecidas, onde entram os conselhos, discussões de nível de conferência também, seja conferência regional, seja conferência distrital, seja conferência nacional, porque são maneiras de se repensar o SUS e aí o controle social em cima disso aí é fundamental para que a coisa avance cada vez mais.</p>	<p>necessidade de reestruturação do Sistema Único de Saúde que atualmente apresenta várias distorções.</p>
--	--

4.1.2 A tematização das unidades de significado

O processo de redução fenomenológica das unidades de significado permitiu que emergissem núcleos de pensamento. Esses núcleos foram agrupados nos seguintes temas: o controle social, o conselho regional de saúde, a representatividade e o sistema de saúde.

A partir desses temas foram construídas tabelas, onde na coluna da esquerda encontram-se as unidades de significado reduzidas fenomenologicamente, agrupadas conforme a similaridade do tema e na coluna da direita apresenta-se à interpretação das similaridades dessas unidades de significado.

Com o objetivo de facilitar o entendimento desse processo, à interpretação das similaridades das unidades de significado foram numeradas, o número romano entre parênteses no final corresponde ao discurso a que pertence e os números arábicos, às unidades de significado do discurso.

Discurso I

Tema	Interpretação
<p data-bbox="384 394 620 427" style="text-align: center;">O Controle Social</p> <p data-bbox="225 465 783 719">1- A prática do controle social tem melhorado, mas é muito frágil pela falta de compreensão do que seja o controle social, do papel da sociedade e do conselheiro nesse controle. Isso torna difícil a participação da sociedade no controle social.</p> <p data-bbox="225 757 783 1010">3- As pessoas que participam das reuniões do conselho têm muito interesse em ajudar. Entretanto, pela falta de conhecimento, essas pessoas podem ser influenciadas e até mesmo manobradas. Dessa forma, a participação social não se torna efetiva.</p> <p data-bbox="225 1048 783 1267">13- A participação dos conselheiros nos eventos fornece subsídios para a participação social no planejamento das políticas públicas de saúde, de forma que estas sejam contextualizadas e atendam a comunidade.</p> <p data-bbox="225 1305 783 1379">14- A participação da sociedade no controle social é frágil.</p> <p data-bbox="225 1417 783 1592">17- A participação social está muito aquém do que deveria ser, já que não consegue melhorar os serviços de saúde e atender a população segundo os princípios do Sistema Único de Saúde.</p>	<p data-bbox="962 394 1198 427" style="text-align: center;">O Controle Social</p> <p data-bbox="802 465 1361 1155">A prática do controle social tem melhorado, mas é muito frágil pela dificuldade de participação da sociedade que não tem compreensão do controle social, do seu papel e do papel dos conselheiros. A participação social não se torna efetiva pela falta de conhecimento das pessoas e pela facilidade de serem influenciadas e conduzidas. A participação da sociedade no controle social é muito frágil e está aquém do que deveria ser, já que não consegue melhorar os serviços de saúde tendo como base os princípios do Sistema Único de Saúde. A participação dos conselheiros nos cursos de capacitação fornece subsídios para a participação social no planejamento das políticas públicas de saúde de forma contextualizada. ^(1-1, 3, 13, 14 e 17)</p>
<p data-bbox="300 1608 703 1641" style="text-align: center;">O Conselho Regional de Saúde</p> <p data-bbox="225 1680 783 1753">4- O conselho foi reestruturado porque estava sem funcionar.</p> <p data-bbox="225 1792 783 1933">6- Conselheiros atuantes e com uma melhor formação são necessários para o acompanhamento da dinâmica de uma regional de saúde.</p> <p data-bbox="225 1971 783 2076">7- Os conselhos de saúde municipais atuam de forma mais efetiva que os conselhos de saúde locais porque a</p>	<p data-bbox="879 1608 1283 1641" style="text-align: center;">O Conselho Regional de Saúde</p> <p data-bbox="802 1680 1361 2076">O conselho regional de saúde precisou ser reestruturado porque estava sem funcionar. É função do conselho melhorar a qualidade de vida da população e melhorar o atendimento, por meio da implementação dos princípios e diretrizes dos SUS, do planejamento das políticas públicas de saúde e do planejamento estratégico da região para conseguir acompanhar e controlar as metas e ações dos gestores. O conselho elege as</p>

<p>liberação e autorização de qualquer recurso orçamentário são centralizadas na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Como os conselhos de saúde locais não interferem nisso, perdem o seu significado.</p> <p>8- É um desafio aos conselhos de saúde locais a conquista do espaço legal e legítimo, como previsto em lei, a participação no planejamento das ações e das políticas públicas de saúde e a fiscalização de outras questões.</p> <p>10- É função do conselho regional de saúde melhorar a qualidade de vida da população, melhorar o atendimento à saúde, implementar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>11- A participação em eventos contribui: para a formação dos conselheiros; para a compreensão do controle social e para a compreensão das dificuldades encontradas na concretização da participação popular na gestão e planejamento das políticas públicas de saúde.</p> <p>12- Os conselheiros devem participar do planejamento das políticas e das estratégias para assim conseguir acompanhar e controlar as metas e as ações dos gestores.</p> <p>15- O conselho de saúde por mais organizado e com membros atuantes que seja, precisa eleger algumas prioridades já que não consegue acompanhar a dinâmica dos processos políticos.</p> <p>19- As ações do conselho regional de saúde não conseguem acompanhar as necessidades da população que são rápidas e até vitais.</p>	<p>prioridades para determinar as suas ações já que não consegue acompanhar a dinâmica dos processos políticos e as necessidades da população. A formação dos conselheiros é imprescindível para o acompanhamento das dinâmicas de uma regional de saúde, para a compreensão do controle social e das dificuldades para a concretização da participação popular na gestão e no planejamento das políticas públicas de saúde. Os conselhos de saúde municipais atuam de forma mais efetiva que os conselhos de saúde locais porque a liberação e autorização de qualquer recurso orçamentário são centralizadas na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Como os conselhos de saúde locais não interferem nisso, perdem o seu significado. Portanto, torna-se um desafio aos conselhos de saúde locais a conquista do espaço legal e legítimo, como previsto em lei, a participação no planejamento das ações e das políticas públicas de saúde e a fiscalização dos serviços. (1-4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 15 e 19)</p>
<p>A Representatividade</p> <p>2- As instituições e associações são frágeis porque a representatividade dos conselheiros nem sempre é legítima.</p>	<p>A Representatividade</p> <p>As instituições e associações são frágeis porque nem sempre os seus representantes no conselho agem em conformidade com</p>

<p>5- O conselho regional de saúde do Gama é composto por 20 conselheiros titulares e 20 suplentes, dos quais 10 são representantes dos usuários, 5 são representantes de gestores e 5 representantes de trabalhadores, ou seja, 50% de usuários, 25% de gestores e 25% de trabalhadores, conforme a resolução 333.</p> <p>9- O fato de ser eleito ao cargo de presidente do conselho regional de saúde um representante de usuário é um avanço para o conselho.</p>	<p>os valores acatados pelo grupo do qual eles representam. Conforme a Resolução 333, de 4 de Novembro de 2003, o conselho regional de saúde é composto por 50% de representantes de usuários, 25% representantes de gestores e 25% representantes de trabalhadores, respeitando a paridade. É um avanço para o conselho regional de saúde o cargo de presidente ser ocupado por um representante de usuário, já que historicamente ele vinha sendo ocupado pelo diretor da regional de saúde. ^(1-2, 5 e 9)</p>
<p>O Sistema de Saúde</p> <p>16- No Brasil há muitos desvios de recursos e impera a impunidade. Enquanto isso a comunidade sofre pela falta de atendimento das suas demandas de saúde.</p> <p>18- O acesso a uma consulta especializada é complicado. Até mesmo na atenção básica, os centros de saúde não conseguem atender a população adstrita nas áreas de clínica médica, pediatria e ginecologia.</p>	<p>O Sistema de Saúde</p> <p>As demandas de saúde da população não são atendidas pelo governo. ^(1-16 e 18)</p>

Discurso II

Tema	Interpretação
<p>O Controle Social</p> <p>1- O controle social deixa a desejar devido ao fato do Conselho Regional de Saúde do Riacho Fundo não possuir um espaço físico para o seu pleno exercício.</p> <p>4- O controle social tem avançado lentamente graças à ação dos conselheiros pertencentes aos conselhos de saúde atuantes que são em torno de 14 ou 15.</p> <p>9- O acesso às informações por parte da comunidade e a liberdade de divulgação da imprensa representam avanços ao</p>	<p>O Controle Social</p> <p>A vivência em relação ao controle social pelo conselho regional de saúde é pequena porque os seus membros eram pouco participativos e em algumas gestões a sua composição ficou incompleta. Não há espaço físico para o pleno exercício do conselho. Entretanto, há avanços por maior acesso da comunidade às informações, pela liberdade de divulgação da imprensa, pelo acesso aos documentos da Secretaria de Saúde e pela atuação dos conselheiros. ^(II-1, 4, 9, 10 e 11)</p>

<p>controle social.</p> <p>10- O acesso aos documentos da Secretaria de Saúde, por parte dos conselheiros, permite um maior exercício do controle social.</p> <p>11- O Conselho Regional de Saúde do Riacho Fundo tem pouca vivência em relação ao controle social, porque os seus membros eram pouco participativos e em algumas gestões a composição ficou incompleta pela desistência dos seus membros.</p>	
<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>2- O Conselho Regional de Saúde do Riacho Fundo foi criado desde 1995, mas não é conhecido pela comunidade.</p> <p>5- O Conselho Regional de Saúde do Riacho Fundo busca se estruturar para poder trabalhar mais, procurar parceiros e estimular a participação social. Trazer a comunidade para junto do conselho.</p> <p>6- O Conselho Regional de Saúde do Riacho Fundo não tem sede própria, ou seja, não tem estrutura física.</p> <p>7- Os conselhos regionais não tinham direito a voz e voto, hoje já têm.</p> <p>8- A capacitação dos conselheiros através de cursos sobre controle social, pacto social e pacto da saúde é um avanço.</p> <p>12- A comunidade procura o conselho regional de saúde para conseguir mais facilmente encaminhamentos para as especialidades médicas, internações e cirurgias. O conselho regional de saúde atende tais demandas com o objetivo de não sobrecarregar o Centro de Saúde.</p>	<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>O conselho regional de saúde do Riacho Fundo não é conhecido pela comunidade e não possui sede própria. Entretanto ele tem buscado se reestruturar, por procurar parcerias e estimular a participação social, trazendo a comunidade para o conselho. A comunidade procura o conselho para conseguir consultas e cirurgias, de modo que, são atendidos em seus pedidos pelo conselho para reduzir a sobrecarga do Centro de Saúde. Os conselhos regionais têm direito a voz e voto, o que antes não era possível. A capacitação dos conselheiros é considerada um avanço. ^(II- 2, 5, 6, 7, 8 e 12)</p>
<p>O Sistema de Saúde</p> <p>3- O Centro de Saúde do Riacho Fundo é um dos melhores devido à equipe e administração. Não tem problema de atendimento. A equipe improvisa consultórios médicos para os</p>	<p>O Sistema de Saúde</p> <p>Embora, falte apoio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a unidade básica de saúde é considerada uma das melhores, em função da atuação da administração e da equipe, e por não ter</p>

atendimentos. Falta apoio da secretaria de saúde do Distrito Federal.	problema de atendimento. ^(II-3)
<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>13- O presidente do conselho regional de saúde é um representante de usuário. Além de fazer parte do conselho regional de saúde, é líder comunitário, participa do Fórum Permanente das Pessoas com Deficiência do Distrito Federal e Entorno, é integrante de duas comissões de saúde e de transporte.</p>	<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>O presidente do conselho regional de saúde é um representante de usuário, o qual pertence a dois segmentos da comunidade. ^(II-13)</p>

Discurso III

Tema	Interpretação
<p style="text-align: center;">O Conselho Regional de Saúde</p> <p>1- A participação dos conselheiros nas reuniões do conselho regional de saúde era maior e começou a decair. Não existem muitos gestores na reunião do conselho, os usuários são quem mais participam.</p> <p>2- O conselho regional de saúde tem realizado algumas atividades como: reuniões direcionadas a conferência regional de saúde e a conferência de saúde do Distrito Federal; realizado visitas aos hospitais e centros de saúde; tem feito trabalho com os estudantes com o objetivo de agregá-los aos conselhos regionais de saúde e de discutir a prática do controle social; tem discutido a aliança com os movimentos sociais e a realização de seminários sobre os movimentos populares e o controle social com os estudantes.</p> <p>3- O conselho regional de saúde, na gestão passada, realizou algumas visitas nas instituições de saúde e, com base nisso, elaborou relatórios sobre a situação dos hospitais e centros de saúde, bem como apontou propostas para a melhoria da rede</p>	<p style="text-align: center;">O Conselho Regional de Saúde</p> <p>O conselho regional de saúde na gestão passada realizou visitas em algumas instituições de saúde, elaborou relatórios e apontou propostas para a melhoria dos serviços de saúde. Na nova gestão há uma idéia de renovação do conselho com o objetivo de formar multiplicadores, promover uma discussão mais ampla sobre controle social em nível regional e a aproximação com o conselho comunitário das quadras. Além disso, tem realizado algumas atividades como: visitas às instituições de saúde; reuniões direcionadas a conferência regional de saúde e a conferência do Distrito Federal; seminários sobre controle social e os movimentos populares; trabalhos com os estudantes para agregá-los aos conselhos e discussões sobre a formação de alianças com os movimentos sociais. Os conselheiros têm uma idéia superficial de controle social, apesar dos cursos de capacitação. Vigora a idéia de resolver os problemas emergentes de forma paliativa e não definitiva. Os conselheiros buscam uma identidade de grupo. A participação dos conselheiros nas reuniões do conselho</p>

<p>hospitalar e da atenção básica.</p> <p>4- A nova gestão do conselho regional de saúde é composta por novos conselheiros e conselheiros remanescentes. Há uma idéia de renovação do conselho com o objetivo de formar multiplicadores, de promover uma discussão mais ampla sobre controle social em nível regional e a aproximação com o conselho comunitário das quadras.</p> <p>5- A idéia de controle social e o compromisso com esse controle entre os conselheiros é ainda muito superficial. Apesar dos cursos de capacitação muitos conselheiros não dominam o assunto. Ainda vigora a idéia de resolver os problemas emergentes de forma paliativa e não definitiva. Os conselheiros buscam uma identidade de grupo.</p>	<p>tem reduzido, principalmente dos representantes de gestor. (III-1, 2, 3, 4, e 5)</p>
<p style="text-align: center;">O Controle Social</p> <p>6- A prática com o controle social foi maior como estudante por ter participado do centro acadêmico, dos diretórios e da executiva nacional de estudantes. Há muito tempo, dentro dos movimentos estudantis, são discutidas algumas práticas populares de promoção e prevenção da saúde através dos projetos de extensão universitária. A vivência da prática do controle social na função de conselheiro e presidente do conselho regional de saúde é a de consolidar a participação dos estudantes nos conselhos.</p>	<p style="text-align: center;">O Controle Social</p> <p>A prática do controle social foi maior na condição de militante dos movimentos estudantis. Na função de conselheiro e presidente do conselho, a vivência da prática do controle social tem buscado a participação dos estudantes nos conselhos. (III-6)</p>

Discurso IV

Tema	Interpretação
<p style="text-align: center;">O Controle Social</p> <p>2- A experiência do controle social tem sido válida devido à construção do Hospital Regional de Santa Maria.</p>	<p style="text-align: center;">O Controle Social</p> <p>A experiência do controle social tem sido válida devido à construção do hospital. (IV-2)</p>
O Sistema de Saúde	O Sistema de Saúde

<p>3- Os princípios básicos do Sistema Único de Saúde são a universalidade e a gratuidade por meio da prestação dos serviços públicos de saúde e dos seus programas.</p>	<p>A universalidade e a gratuidade, princípios básicos do Sistema Único de Saúde, se concretizam na prestação dos serviços públicos de saúde e no funcionamento dos seus programas. ^(IV-3)</p>
<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>4- O conselho regional de saúde pretende promover uma maior participação dos usuários através do lançamento de um informativo.</p> <p>5- A atual gestão do conselho regional de saúde priorizou as parcerias com a regional de ensino, com o conselho de segurança, com o conselho ambiental e com a administração regional para promover uma participação mais ampla dos segmentos da sociedade na resolução dos problemas da comunidade e para promover educação em saúde com o objetivo de conscientizar os jovens sobre gravidez na adolescência, sobre as doenças sexualmente transmissíveis e sobre o atendimento do SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência).</p> <p>6- O conselho regional de saúde preocupa-se com a inauguração do Hospital Regional e com o seu funcionamento, tendo em vista a expectativa gerada nos usuários do sistema de saúde.</p> <p>7- Os conselhos regionais funcionam de forma precária, diferentemente dos conselhos de segurança, tutelar, de habitação, pois estes recebem incentivos materiais e financeiros do governo. Não há uma consultoria técnica para atender o conselho regional de saúde.</p> <p>9- Os representantes de gestores e trabalhadores são funcionários públicos, e já possuem algum tipo de incentivo, enquanto os representantes de usuários, não.</p>	<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>O conselho regional de saúde priorizou as parcerias com a regional de ensino, com o conselho de segurança, com o conselho ambiental e com a administração regional para promover a participação mais ampla dos segmentos da sociedade na resolução dos problemas da comunidade e para promover educação em saúde. Além disso, preocupa-se com a inauguração do Hospital Regional e com o seu funcionamento. Os conselhos regionais, de modo geral, funcionam precariamente, diferente dos outros conselhos, pois estes recebem incentivos materiais e financeiros do governo. Não há uma consultoria técnica para atender o conselho regional de saúde. Os representantes de gestores e trabalhadores são funcionários públicos, e já possuem algum tipo de incentivo como remuneração e liberação para participar das reuniões e capacitações, enquanto os representantes de usuários, não. ^(IV-4, 5, 6, 7 e 9)</p>
<p>A Representatividade</p> <p>1- O presidente do conselho foi eleito e</p>	<p>A Representatividade</p> <p>O presidente do conselho foi escolhido</p>

<p>está no seu segundo mandato.</p> <p>8- A questão da paridade nos conselhos é questionada pelo fato de 50% dos membros serem representantes de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores, tendo em vista que os dois últimos podem ser considerados representantes de uma mesma instituição.</p>	<p>mediante voto. Questiona-se a paridade dos conselhos, tendo em vista que os representantes de gestor e trabalhador pertencem a uma mesma instituição. ^(IV-1 e 8)</p>
---	--

Discurso V

Tema	Interpretação
<p>O Controle Social</p> <p>1- O controle social não é muito eficaz devido à falta de conhecimento da comunidade sobre conselho de saúde, controle social e Sistema Único de Saúde (SUS).</p> <p>3- Há falta de conhecimento para o exercício do controle social. As pessoas fazem muitas cobranças sem conhecer o Sistema Único de Saúde, o funcionamento e a organização dos serviços de saúde que lhe são oferecidos além de desconhecer os seus direitos de cidadão.</p> <p>4- Para o controle social existir de fato é necessário o fortalecimento e estabelecimento dos conselhos gestores e o fornecimento de informações aos conselheiros e comunidade sobre os serviços de saúde e sobre a realidade epidemiológica da Cidade de Ceilândia.</p>	<p>O Controle Social</p> <p>O controle social não demonstra eficácia em virtude da falta de conhecimento da comunidade e dos conselheiros em relação ao conselho de saúde, ao controle social, ao Sistema Único de Saúde, à organização e funcionamento dos serviços de saúde, à realidade epidemiológica da cidade e aos direitos do cidadão. É necessário para o controle social existir de fato o estabelecimento e o fortalecimento dos conselhos gestores. ^(V-1, 3 e 4)</p>
<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>2- Desde o início de Ceilândia, nos anos 80, já havia movimentos e reuniões que levantavam os problemas de saúde da região e que levavam ao conselho de saúde.</p> <p>5- Em alguns centros de saúde há o conselho gestor, embora não funcione por falta de orientação. O conselho regional de saúde da Ceilândia pretende capacitar</p>	<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>Desde os anos 80 havia movimentos e reuniões que levantam os problemas de saúde da região e que levariam ao conselho de saúde. O conselho regional de saúde pretende capacitar os conselhos gestores para que eles funcionem em sua plenitude. O conselho discute os problemas da regional de saúde e da comunidade para então agir e cobrar a</p>

<p>os conselhos gestores para que eles funcionem em sua plenitude.</p> <p>8- O conselho de saúde da Ceilândia discute os problemas da regional de saúde e da comunidade para então agir e cobrar a quem de direito.</p> <p>9- Os conselheiros levam para o conselho regional de saúde da Ceilândia os problemas identificados pelas associações dos quais eles representam.</p> <p>10- As decisões e resoluções do conselho regional de saúde da Ceilândia são levadas às entidades por meio dos seus representantes que fazem parte do conselho. O diretor da regional de saúde da Ceilândia comunica ao conselho de saúde as decisões da Secretaria de Saúde.</p> <p>11- O maior objetivo do conselho de saúde é o SUS.</p> <p>12- É preciso conhecimento para saber priorizar. A prioridade da população é o emergente, por exemplo, o pronto socorro, mas o que deve ser priorizado é a realidade como um todo.</p>	<p>quem é de direito, sem perder o seu foco que é a consolidação do SUS. Os conselheiros levam para o conselho regional de saúde os problemas identificados pelas associações dos quais eles representam. E o caminho inverso é feito para levar ao conhecimento das entidades as decisões e resoluções do conselho. O diretor da regional de saúde comunica ao conselho de saúde as decisões da Secretaria de Saúde. É preciso conhecimento para saber priorizar. Entretanto, a prioridade da população é o emergente, e na verdade o que deveria ser priorizado era a realidade como um todo. (V-2, 5, 8, 9, 10, 11 e 12)</p>
<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>7- O conselho regional de saúde da Ceilândia apresenta as três representações: usuários, trabalhadores e gestores. Os trabalhadores são escolhidos por intermédio do sindicato. Os gestores são indicados pelo gestor. E os usuários são escolhidos pelas associações. Uma vez composto o conselho, na primeira reunião os representantes interessados na presidência se candidatam e por meio do voto é eleito o presidente do conselho.</p>	<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>Os trabalhadores são escolhidos pelo sindicato. Os gestores são indicados pelo gestor. E os usuários são escolhidos pelas associações. Uma vez composto o conselho, os representantes interessados na presidência se candidatam e por meio do voto é eleito o presidente do conselho. (V-7)</p>

Discurso VI

Tema	Interpretação
<p style="text-align: center;">O Controle Social</p> <p>1- A prática do controle social não é eficiente porque a população não está totalmente assistida pelo sistema de saúde, os gestores e trabalhadores de saúde precisam de mais treinamento e os usuários precisam de esclarecimentos para disciplinar a procura aos serviços de saúde.</p> <p>3- A experiência com o controle social é pequena como presidente do conselho regional de saúde e como líder comunitário dado o tempo de dois anos e meio no mandato.</p> <p>14- O controle social para ser efetivado e implementado em sua plenitude necessita de ações firmes e consistentes do governo, no que diz respeito ao investimento em recursos humanos e financeiros.</p>	<p style="text-align: center;">O Controle Social</p> <p>Verifica-se que a prática do controle social não é eficiente porque a população não está totalmente assistida pelo sistema de saúde, os gestores e trabalhadores de saúde precisam de mais treinamento e os usuários precisam de esclarecimentos para disciplinar a procura aos serviços de saúde. E que para ser implementado necessita de ações firmes e consistentes do governo, no que se refere a investimentos em recursos humanos e financeiros. A experiência com o controle social é pequena em virtude de ter iniciado a participação no conselho há dois anos e meio. ^(VI-1, 3 e 14)</p>
<p style="text-align: center;">O Sistema de Saúde</p> <p>2- Há falta de recursos humanos treinados na área da saúde para atender a comunidade. Algumas áreas de atenção à saúde não são contempladas pela falta de funcionários.</p>	<p style="text-align: center;">O Sistema de Saúde</p> <p>Há escassez de recursos humanos treinados na área da saúde para atender a comunidade. E algumas áreas de atenção à saúde não são contempladas pela falta de funcionários. ^(VI-2)</p>
<p style="text-align: center;">O Conselho Regional de Saúde</p> <p>4- A principal função do conselho regional de saúde é fiscalizar a saúde por meio das comissões.</p> <p>5- O conselho regional de saúde reúne-se mensalmente nas reuniões ordinárias e, extraordinariamente, nas reuniões extraordinárias. Os assuntos discutidos na pauta das reuniões são levados à comunidade. As reuniões são itinerantes para facilitar a participação da comunidade.</p> <p>7- Os assuntos discutidos nas reuniões do conselho regional de saúde referem-se às</p>	<p style="text-align: center;">O Conselho Regional de Saúde</p> <p>O conselho regional de saúde reúne-se mensalmente nas reuniões ordinárias e, quando necessário, nas reuniões extraordinárias. As reuniões são itinerantes para facilitar a participação da comunidade. Os assuntos discutidos na pauta das reuniões são levados à comunidade. Os assuntos discutidos nas reuniões referem-se às endemias, a necessidade de divulgação da existência e função do conselho para a comunidade local. Os assuntos mais relevantes são aqueles com maior número de citação nas reuniões. O conselho orienta o usuário sobre a existência e a forma de uso da</p>

<p>endemias e a necessidade de divulgação da existência e função do conselho regional de saúde para a comunidade local.</p> <p>8- O conselho regional de saúde orienta o usuário sobre a existência e a forma de uso da ouvidoria da regional de saúde.</p> <p>9- O conselho regional de saúde atende também aos trabalhadores no que se refere à falta de recursos humanos mediante articulação com os sindicatos.</p> <p>10- O usuário, uma vez ciente da existência do conselho regional de saúde, faz suas reclamações ao conselheiro que as leva para serem discutidas na reunião ordinária. Ao final faz-se um relatório que será remetido para o conhecimento do usuário.</p> <p>11- O conselho regional de saúde comunica aos gestores os problemas trazidos pelos usuários e trabalhadores e tenta soluções em conjunto.</p> <p>12- O conselho regional de saúde durante as reuniões mensais prioriza os assuntos mais relevantes pelo número de citações.</p> <p>13- Os conselhos de saúde, embora criados por lei, não são reconhecidos e respeitados pelos órgãos do governo.</p>	<p>ouvidoria da regional de saúde, comunica aos gestores os problemas trazidos pelos usuários e trabalhadores e tenta encontrar soluções em conjunto. A principal função do conselho regional de saúde é fiscalizar a saúde por meio das comissões. Os conselhos de saúde não são reconhecidos e respeitados pelos órgãos do governo. ^(VI-4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13)</p>
<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>6- Os representantes de usuários do conselho regional são escolhidos por meio de eleições dentro dos seus respectivos segmentos sociais que compõem a cidade. Os representantes de trabalhadores são indicados pelo sindicato e os representantes de gestores são aqueles que já se encontram em cargos comissionados. O presidente do conselho é escolhido por meio de eleição interna, onde quem vota são os conselheiros eleitos.</p>	<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>Os representantes de usuários do conselho regional são escolhidos por meio de eleições dentro dos seus respectivos segmentos sociais que compõem a cidade. Os representantes de trabalhadores são indicados pelo sindicato e os representantes de gestores são aqueles que já se encontram em cargos comissionados. O presidente do conselho é escolhido por meio de eleição interna, onde quem vota são os conselheiros eleitos. ^(VI-6)</p>

Discurso VII

Tema	Interpretação
<p style="text-align: center;">O Controle Social</p> <p>1- O controle social era um caos, não existia. Com a substituição do diretor da Regional de saúde houve abertura para a exposição dos problemas identificados pelo conselho e a tentativa de resolução.</p> <p>2- A condição para afirmar que existe controle social será a partir da conquista do cumprimento da escala de trabalho pelos médicos.</p> <p>4- Não há controle social, ele é desorganizado. O controle social não é feito em relação aos trabalhadores, que é um problema de gestão. Se houver gestão dos serviços de saúde haverá o controle social.</p>	<p style="text-align: center;">O Controle Social</p> <p>O controle social não existia. Com a substituição do diretor da Regional de saúde houve abertura para a exposição dos problemas identificados pelo conselho e a tentativa de resolução. A partir do momento em que houver o cumprimento da escala de trabalho dos médicos e houver gestão dos serviços de saúde haverá o controle social. ^(VII-1, 2 e 4)</p>
<p style="text-align: center;">O Conselho Regional de Saúde</p> <p>3- A comunidade leva os problemas da regional de saúde para as reuniões do conselho de saúde local.</p> <p>5- A situação do conselho regional de saúde é precária, não tem secretária.</p> <p>6- O conselho regional de saúde tem 12 anos e é possível observar melhora na conscientização da comunidade.</p> <p>7- Os conselheiros representantes dos usuários terão condições de trabalho quando a emenda 29 for votada.</p> <p>9- Os problemas de saúde dos centros de saúde, das unidades do programa saúde da família e do ambulatório da regional de saúde são levados às reuniões ordinárias ou extraordinárias por escrito ou por intermédio da exposição oral, são registradas em ata, documentadas e encaminhadas ao diretor da regional para a tomada de providências.</p> <p>10- Os problemas de saúde que chegam ao</p>	<p style="text-align: center;">O Conselho Regional de Saúde</p> <p>A situação do conselho regional de saúde é precária porque não dispõe de uma secretária. Antigamente o conselho era considerado um nada pelos gestores, trabalhadores e usuários, porque não tinha direito a nada, sem direito a voz. Em 12 anos de funcionamento do conselho é possível observar melhora na conscientização da comunidade, pois, as pessoas estão conhecendo o conselho e já conseguem identificar os seus conselheiros. As reuniões do conselho regional de saúde são abertas ao conselho gestor e à comunidade. Os problemas do serviço de saúde são levados pela comunidade, pelos conselheiros e pelas enfermeiras às reuniões ordinárias ou extraordinárias por escrito ou através da exposição oral. São registradas em ata, documentadas e encaminhadas ao diretor da regional para a tomada de providências. Quando não são tomadas as devidas providências, o conselho encaminha para as outras instâncias como imprensa e Ministério Público. Nas</p>

<p>conselho regional de saúde são encaminhados à direção regional de saúde. Quando não são tomadas as devidas providências a quem de direito, são levadas a outras instâncias como imprensa e Ministério Público.</p> <p>12- As reclamações da comunidade são feitas por escrito e encaminhadas pelos conselheiros à reunião do conselho regional de saúde. Nessa reunião são apontadas as prioridades e busca-se apoio da regional de saúde e da comunidade para a solução dos problemas.</p> <p>13- As reuniões do conselho regional de saúde são abertas ao conselho gestor e à comunidade.</p> <p>14- As enfermeiras são aliadas do conselho regional de saúde por anotarem e levarem os assuntos dos pacientes às reuniões do conselho regional de saúde.</p> <p>15- As associações, entidades e instituições conseguem levar seus problemas para o conselho por meio de seus representantes.</p> <p>16- O conselho regional de saúde começa a ser conhecido e os seus conselheiros identificados pela comunidade local.</p> <p>17- Antigamente o conselho regional de saúde era considerado um nada pelos gestores, trabalhadores e usuários, porque não tinha direito a nada, sem direito a voz.</p> <p>18- O conselho regional de saúde serve para fiscalizar, priorizar e educar.</p> <p>19- Os resultados da conferência de saúde do Distrito Federal serão divulgados através de documentos fixados nos quadros de aviso, bem como a data da próxima reunião do conselho e o convite para a participação da comunidade.</p>	<p>reuniões são apontadas as prioridades e busca-se apoio da regional de saúde e da comunidade para a solução dos problemas. As principais funções do conselho são fiscalizar, priorizar e educar. O conselho utiliza quadros de aviso para divulgar a data das reuniões do conselho e resultado das conferências de saúde à comunidade. Os conselheiros representantes dos usuários terão condições de trabalho, como remuneração, quando for votada a emenda constitucional n. 29 de 13 de Setembro de 2000. (VII-3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 19)</p>
<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>8- Os conselheiros representantes dos usuários são indicados pelas associações e entidades da comunidade, enquanto o</p>	<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>Os representantes dos usuários no conselho são indicados pelas associações e entidades da comunidade, enquanto o</p>

<p>presidente e vice-presidente do conselho são escolhidos por meio do voto.</p> <p>11- Os gestores não podem fazer com os representantes de usuários o que podem fazer com os representantes de trabalhadores no cargo de presidente do conselho regional de saúde.</p>	<p>presidente e vice-presidente são eleitos entre os conselheiros. O cargo de presidente do conselho regional de saúde ocupado por um representante de usuário não sofre retaliações, ao contrário do que foi observado quando o mesmo cargo é exercido por um representante de trabalhador.^(VII-8 e 11)</p>
<p>O Sistema de Saúde</p> <p>20- O conselho regional de saúde deseja um Sistema Único de Saúde decente e a proposta é de ensinar as crianças sobre o SUS nas escolas para fazer a conscientização.</p>	<p>O Sistema de Saúde</p> <p>A proposta do conselho é de tornar o SUS decente e de iniciar a conscientização do SUS nas escolas.^(VII-20)</p>

Discurso VIII

Tema	Interpretação
<p>O Controle Social</p> <p>1- O controle social é quase inexistente, isto é, não existe porque ninguém justifica nada.</p> <p>6- O controle social do Sistema Único de Saúde quase não tem.</p> <p>10- O controle social é mais um fórum de negociação do que de controle.</p> <p>11- A experiência com o orçamento participativo proporcionou o exercício do controle social, ajudou na discussão e no levantamento de propostas para a melhoria da qualidade de vida e na questão da humanização dos serviços de saúde.</p> <p>12- O problema do controle social é a falta de motivação dos conselheiros e da comunidade que precisam saber o seu papel e a função do controle social.</p> <p>18- O controle social é feito mediante negociação. A questão político partidária atrapalha a negociação.</p>	<p>O Controle Social</p> <p>O controle social no SUS é quase inexistente porque o governo não justifica as suas ações e determinações ao conselho. O controle social é feito mediante negociação. A questão político partidária atrapalha a negociação. O problema do controle social é a falta de motivação dos conselheiros e da comunidade que precisam saber o seu papel e a função do controle social. A participação dos usuários nas reuniões do conselho é muito rara e com pouco conteúdo, quando vão é para pedir em nome próprio. A comunidade desconhece as atribuições do conselho, o conceito de saúde pública e privada, pois, para ela o importante é ter o atendimento. As alternativas evocadas pela comunidade para a resolução dos problemas de saúde é incendiar ou demolir o centro de saúde. A experiência com o orçamento participativo na gestão governamental passada proporcionou o exercício do controle social. É pouca a mobilização e a motivação dos usuários no Sistema Único</p>

<p>40- É pouca a mobilização e a motivação dos usuários no Sistema Único de Saúde e no conselho. O conselho utiliza a rádio comunitária para estimular a participação dos usuários, que continua muito rara e sem muito conteúdo. As pessoas quando vão à reunião do conselho vão para pedir em nome próprio.</p> <p>42- A comunidade aciona o Ministério Público primeiro, ao invés, do conselho regional de saúde na resolução dos problemas, por não saber que o conselho tem responsabilidade no plano de saúde do Distrito Federal e do Recanto das Emas.</p> <p>49- As alternativas evocadas pela comunidade para a resolução dos problemas de saúde são incendiar ou demolir o centro de saúde.</p> <p>50- A comunidade não entende o que é o Sistema Único de Saúde e não tem conhecimento do que seja saúde pública e privada, para ela o importante é ter o atendimento.</p>	<p>de Saúde e no conselho. (VIII-1, 6, 10, 11, 12, 18, 40, 42, 49 e 50)</p>
<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>2- O conselho regional de saúde é mais negociador do que controlador. O conselho regional de saúde é mais um fórum de negociação do que de controle, porque ninguém presta conta, e toda compra e contratação é feita por meio da Secretaria de Saúde. Todas as ordens vêm de cima para baixo. A regional de saúde não tem poder político. Tudo é centralizado na Secretaria de Saúde.</p> <p>3- As propostas levadas para a Conferência do Distrito Federal foram muito mansinhas pelo fato do conselho regional de saúde renovar o seu quadro com novos conselheiros.</p> <p>4- Os conselheiros que estão desde o mandato passado precisam ser motivados.</p> <p>7- A participação nas conferências em prol da melhoria na qualidade de vida não</p>	<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>O conselho regional de saúde só existe no papel, isto porque não possui uma sala, secretária e telefone. Não possui comissões que forneçam suporte técnico. O conselho regional de saúde realiza reuniões mensais em uma sala sem janela para discutir todos os problemas que de fato interfiram na qualidade de vida dos moradores da cidade e para negociar a resolução desses problemas no momento de sua ocorrência. As prioridades da comunidade são determinadas após discussão e negociação do que é mais importante para a coletividade. O conselho não tem interesse político-partidário. A discussão da acessibilidade aos serviços de saúde trouxe um desgaste pessoal aos conselheiros. As denúncias chegam até o conselho através dos trabalhadores e usuários que residem em Recanto das Emas. As funções do conselho são discutir a melhoria da</p>

<p>garante que as proposições discutidas serão colocadas em prática, porque quem tem o poder de decisão política é o secretário de saúde e o governador.</p> <p>9- O conselho regional de saúde só existe no papel porque não possui uma sala, embora já possua mobiliário de escritório.</p> <p>13- O conselho regional de saúde não possui comissões.</p> <p>14- O conselho regional de saúde não possui espaço físico. O conselho reúne-se em uma sala sem janela.</p> <p>16- O conselho regional de saúde realiza reuniões mensais.</p> <p>19- O conselho regional de saúde está desgastado porque as pessoas descreditaram na sua atuação. Muita coisa já foi discutida, colocada no papel e encaminhada ao Secretário de Saúde e não foi colocada em prática.</p> <p>26- O conselho regional de saúde está muito desmotivado e por isso tem atuado pouco.</p> <p>29- O conselho regional de saúde reúne para discutir não só os problemas de saúde da comunidade, mas também para discutir os problemas que interfiram na qualidade de vida dos moradores da cidade.</p> <p>31- O conselho regional de saúde não tem interesse partidário e sim interesse em negociar a resolução dos problemas advindos das necessidades do usuário. A questão da necessidade de facilitar o acesso que é uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde trouxe desgaste pessoal.</p> <p>32- As denúncias feitas pela dificuldade de atendimento chegam até o conselho por meio dos trabalhadores e usuários que residem em Recanto das Emas.</p> <p>33- O conselho regional de saúde propôs à Secretaria de Saúde a realização de mutirões para acabar com as listas de</p>	<p>qualidade de vida, o controle social, levar propostas, fazer projetos, acompanhar o funcionamento da regional de saúde e motivar o usuário a ser mais participativo. Os informes do conselho são passados para a comunidade através das rádios comunitárias e das reuniões mensais. Os políticos levam o mérito de todas as conquistas conseguidas por meio do conselho regional de saúde, a exemplo da construção do centro de saúde. O conselho regional de saúde parece mais um fórum de negociação do que de controle, porque ninguém presta conta, e toda compra e contratação são feitas mediante a Secretaria de Saúde. A regional de saúde não tem poder político. Tudo é centralizado na Secretaria de Saúde. O conselho não tem poder decisório. Em virtude disso, as pessoas descreditaram na sua atuação. Os novos conselheiros não são ousados em suas propostas e os conselheiros remanescentes estão desmotivados. O trabalho dos conselheiros é voluntário. (VIII-2, 3, 4, 7, 9, 13, 14, 16, 19, 26, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 46, 47, 48 e 51)</p>
---	--

espera da cirurgia pediátrica e vascular, mas falta vontade política.

35- O conselho regional de saúde precisa motivar esse usuário, que muitas vezes dispõe de informações, a ser mais participativo.

36- A principal função do conselho regional de saúde é discutir a melhoria da qualidade de vida, o controle social, levar propostas, fazer projetos e acompanhar o funcionamento da regional de saúde.

37- O trabalho de conselheiro regional de saúde é voluntário. As pessoas participam por prazer.

38- O melhor momento para discutir e negociar é aquele onde estão acontecendo os problemas.

39- Os problemas da Região Administrativa muitas vezes não se limitam à área da saúde, como, por exemplo, gravidez na adolescência e planejamento familiar, por isso no conselho são discutidas outras questões, tais como, transporte, segurança, aumento da criminalidade e o uso de drogas.

41- É discutido e negociado com a comunidade o que é mais importante para todos e não para um só.

43- O conselho regional de saúde em sua resolução definiu que só abriria o centro de saúde 24 horas se fossem contratados profissionais suficientes para atender a demanda, entretanto, o governador ordenou que funcionasse sem as novas contratações.

46- Dentre todos os processos encaminhados pelo conselho de saúde o que teve um efeito importante foi à construção do centro de saúde. A comunidade recebeu informações através do conselho e dos políticos.

47- Os políticos levam o mérito de todas as conquistas conseguidas por meio do

<p>conselho regional de saúde.</p> <p>48- Os informes são passados para a comunidade através das rádios comunitárias e das reuniões mensais do conselho, mas dificilmente é atingida a meta pela falta de uma sala, telefone e uma secretária no conselho.</p> <p>51- Visto que os conselheiros não recebem gratificações, executam esta atividade por livre e espontânea vontade.</p>	
<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>5- Alguns representantes dos usuários no conselho regional de saúde são trabalhadores do Programa Saúde da Família e vieram para o conselho na tentativa de resolver um problema pessoal, ao invés do problema da comunidade.</p> <p>17- É composto por 24 conselheiros, sendo 12 titulares e 12 suplentes. 50% desses conselheiros são usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores e prestadores de serviço. Uma vaga de gestor titular e suplente é destinada a um representante da Administração Regional, justificado pelo fato de ser utilizado o espaço físico da administração e pela tentativa de mobilizar a comunidade para o conselho ter respaldo.</p> <p>27- Os servidores públicos são representantes do governo e por isso ficam constrangidos de dizerem à comunidade que não há vagas para consulta com médico especialista ou vagas para exames. E quando o usuário consegue marcar a consulta médica não tem garantias de que o médico estará presente no dia da consulta.</p> <p>28- Os conselheiros representantes de trabalhadores são escolhidos em reunião sindical. Os três trabalhadores melhores votados serão os titulares e os três subsequentes serão os suplentes. Os conselheiros representantes de gestor são indicados pela coordenação regional de saúde e pelo administrador regional. Os</p>	<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>O conselho é composto por 24 conselheiros, sendo 12 titulares e 12 suplentes. 50% desses conselheiros são usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores e prestadores de serviço. Uma vaga de gestor titular e suplente é destinada a um representante da Administração Regional, justificado pelo fato de ser utilizado o espaço físico da administração e pela tentativa de mobilizar a comunidade para o conselho ter respaldo. Os conselheiros representantes de trabalhadores são escolhidos em reunião sindical. Os conselheiros representantes de gestor são indicados pela direção da regional de saúde e pelo administrador da região. Os conselheiros representantes dos usuários são escolhidos em plenária pela comunidade. Alguns representantes dos usuários são agentes comunitários de saúde lotados no Programa Saúde da Família. Por esta razão, eles têm facilidade em levar as informações até os usuários. Entretanto, ao invés de trazer os problemas da comunidade para as reuniões do conselho, eles têm trazido problemas pessoais. Os servidores públicos sentem-se constrangidos frente aos problemas de saúde. Pois, como estão na linha de frente dos atendimentos, todas as responsabilidades do funcionamento dos serviços de saúde recaem sobre eles. Por isso são considerados representantes do governo. ^(VIII-5, 17, 27, 28 e 34)</p>

<p>conselheiros representantes dos usuários são escolhidos em plenária pela comunidade. Nesse momento é explicado o que é conselho de saúde, qual a finalidade da sua participação e o que eles vão representar durante o mandato de dois anos.</p> <p>34- Alguns representantes de usuários no conselho regional de saúde pertencem ao segmento dos agentes comunitários de saúde. Por estarem no seio da comunidade levam informações e cuidam da saúde do usuário.</p>	
<p style="text-align: center;">O Sistema de Saúde</p> <p>8- O governo indica os gestores e cabe aos trabalhadores receber essas pessoas e colocar em prática as ordens recebidas e que na maioria das vezes não são bem vindas.</p> <p>15- O servidor não tem interesse em discutir controle social e em humanizar o serviço.</p> <p>20- A regional de saúde é composta por dois centros de saúde, um posto urbano e algumas equipes do Programa Saúde da Família que fazem o atendimento da atenção básica que melhorou, porém, a demanda aumentou após a sua implantação.</p> <p>21- A regional de saúde é considerada o “filho pobre” da Secretária de Saúde por não ter hospital e ter pouco servidor.</p> <p>22- O Programa Saúde da Família aumentou a demanda do centro de saúde por trazer as pessoas que não tinham acesso aos serviços de saúde.</p> <p>23- O atendimento nos serviços de saúde é prejudicado pela falta de material e profissional.</p> <p>24- Na Regional de Saúde uma das maiores dificuldades é a marcação das especialidades, devido ao número reduzido de vagas.</p>	<p style="text-align: center;">O Sistema de Saúde</p> <p>Os problemas de saúde enfrentados pelo conselho regional relacionam-se aos gestores nomeados pelo governo que não conhecem a realidade local que impõem as suas propostas e que não concluem o planejado aos servidores também desinteressados em discutir controle social e em humanizar o serviço, à falta de profissionais de saúde, à falta de um hospital regional, à falta de recursos materiais, ao número reduzido de vagas para as especialidades médicas e para os exames e à burocratização do acesso dos usuários aos serviços de saúde. A regional de saúde é composta por dois centros de saúde, um posto urbano e algumas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). A implantação do PSF facilitou o acesso das pessoas que estavam às margens dos serviços de saúde, e como consequência houve aumento da demanda desses serviços. O modelo de atenção à saúde que vigora no Brasil e Distrito Federal é o modelo biomédico. ^(VIII-8, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 30, 44 e 45)</p>

<p>25- O sistema de marcação de consultas para as especialidades e de marcação de exames é burocratizado, dificultando o acesso da comunidade.</p> <p>30- Os diretores da regional de saúde em sua maioria não pertencem ao quadro da secretaria de saúde. São pessoas nomeadas pelo governo e que não conhecem o sistema já implantado na regional e por isso acabam trazendo mais problemas que resolvendo os existentes.</p> <p>44- A saúde no Distrito Federal e no Brasil é centrada no médico e não se falam nos outros membros da equipe.</p> <p>45-As pessoas contratadas pelo governo para assumir cargos de confiança superam o número de concursados. Essas pessoas nomeadas são de confiança do governo, não da comunidade e por fim nunca concluem o que começaram em virtude do término do contrato.</p>	
--	--

Discurso IX

Tema	Interpretação
<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>1- O conselho regional de saúde tem buscado meios de viabilizar o atendimento da atenção básica aos usuários.</p> <p>4- O conselho regional de saúde luta em prol do usuário. Poucas foram as mudanças conseguidas e o objetivo de garantir o atendimento da atenção básica, muitas vezes, não é alcançado.</p> <p>6- O conselho regional de saúde busca viabilizar o atendimento do usuário, embora tenha dificuldade de implementar a atenção básica.</p> <p>9- O conselho regional de saúde dispõe de uma sala e de uma secretária cedidos pelo Hospital Regional. A sala é dividida com o conselho gestor. A estrutura é pequena e</p>	<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>O conselho regional de saúde dispõe de uma sala e de uma secretária cedidos pelo Hospital Regional. A sala é dividida com o conselho gestor. A estrutura é pequena e precária, e para melhorar o nível de atendimento à comunidade, precisaria de duas ou mais três pessoas. O conselho regional de saúde planeja, viabiliza, implementa e fiscaliza as políticas públicas de saúde da região. Entretanto, foram poucas as conquistas alcançadas. Os problemas trazidos pelos trabalhadores e predominantemente pelos usuários são discutidos e levados a quem é de direito solucionar. É dada a resposta a quem trouxe o problema. As decisões do conselho regional de saúde são levadas à comunidade por meio das reuniões</p>

<p>precária para dar um atendimento melhor à comunidade.</p> <p>10- O objetivo do conselho regional de saúde é buscar políticas de saúde para a população da cidade.</p> <p>11- O conselho regional de saúde precisaria de mais duas ou três pessoas na secretaria para melhorar o nível de atendimento à população.</p> <p>12- O conselho regional de saúde e a direção da regional de saúde buscam implementar as políticas de saúde da região como preceitua as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde.</p> <p>15- O conselho regional de saúde discute todos os assuntos relativos à viabilização e a implementação das políticas de saúde da região.</p> <p>16- Os usuários reclamam com maior frequência os problemas ao conselho do que os trabalhadores. O conselho cria sindicâncias e comissões para tratar dos assuntos. Comunica à gestão, ao Secretário de Saúde e ao Ministério Público.</p> <p>17- As decisões do conselho regional de saúde são levadas à comunidade através das reuniões realizadas na comunidade e nas associações, para que a população possa ajudar no controle social.</p> <p>18- Os problemas trazidos pelos trabalhadores são discutidos e levados a quem é de direito para solucionar. É dada a resposta a quem trouxe o problema.</p> <p>19- A principal função do conselho regional de saúde é planejar as políticas públicas de saúde da cidade, bem como fiscalizar a implementação dessas políticas.</p> <p>20- As reivindicações e demandas da comunidade que chegam ao conselho regional de saúde são discutidas e ao priorizá-las são vistas as mais urgentes, de acordo com o nível sócio-econômico e</p>	<p>realizadas na comunidade, nas associações e sindicatos, para que a população possa ajudar no controle social. O conselho prioriza os problemas com vistas à urgência, necessidades e realidade sócio-econômica da comunidade para dar um encaminhamento mais rápido. O maior foco tem sido reduzir a procura da população ao pronto-socorro através da porta de entrada que é a atenção básica. E com isso melhorar o atendimento à saúde. (IX-1, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24)</p>
---	--

<p>com as necessidades de cada comunidade.</p> <p>21- O maior foco do conselho regional de saúde é reduzir a procura da população ao pronto-socorro através da porta de entrada que é a atenção básica. E com isso melhorar o atendimento à saúde.</p> <p>22- As reclamações que o conselho regional de saúde recebe dos usuários, trabalhadores e gestores são em relação à falta de recursos materiais, falta de recursos humanos e falta de gestão. O conselho tenta solucionar essas questões cobrando do gestor atitude profissional e energia na condução da gestão.</p> <p>23- O conselho regional de saúde prioriza os problemas mais urgentes para dar um encaminhamento mais rápido.</p> <p>24- As decisões do conselho são levadas à comunidade mediante seus membros que são representantes da comunidade, dos sindicatos, das associações e das prefeituras comunitárias. Quando as decisões não estão a contento elas são trazidas ao conselho pelos seus membros.</p>	
<p style="text-align: center;">O Sistema de Saúde</p> <p>2- A dificuldade em relação aos recursos humanos e materiais da Secretaria de Saúde e da Regional de saúde prejudicam o atendimento da população.</p> <p>5- Para o sistema de saúde funcionar depende de uma gestão perfeita e de recursos financeiros.</p> <p>22- As reclamações que o conselho regional de saúde recebe dos usuários, trabalhadores e gestores são em relação à falta de recursos materiais, falta de recursos humanos e falta de gestão. O conselho tenta solucionar essas questões cobrando do gestor mais atitude profissional e mais energia na condução da gestão.</p>	<p style="text-align: center;">O Sistema de Saúde</p> <p>O funcionamento do sistema de saúde depende de uma boa gestão e de recursos financeiros. As dificuldades em relação à falta de recursos humanos, materiais e gestão na Secretaria de Saúde e na Regional de Saúde prejudicam o atendimento da população. <small>(IX-2, 5 e 22)</small></p>
<p style="text-align: center;">O Controle Social</p> <p>3- A prática do controle social pelo</p>	<p style="text-align: center;">O Controle Social</p> <p>A prática do controle social se configura</p>

<p>conselho regional de saúde se constitui em fazer com que as diretrizes do Sistema Único de Saúde sejam observadas em todas as unidades da Regional de Saúde, de forma que o atendimento a saúde respeite os preceitos da Constituição.</p> <p>7- A vivência prática e positiva do controle social pelo conselho regional de saúde é a implantação de um sistema de integração entre o pronto socorro do Hospital Regional e as três unidades de atenção básica, onde se busca prestar um atendimento mais rápido e humanizado ao usuário.</p> <p>13- A comunidade precisa participar do conselho para ter o controle social.</p>	<p>na aplicação das diretrizes do SUS nas unidades da Regional de Saúde. Com esse objetivo foi implantado um sistema de integração entre o pronto socorro do Hospital Regional e as três unidades de atenção básica, onde se busca prestar um atendimento mais rápido e humanizado ao usuário. É preciso a participação da comunidade no conselho para existir o controle social. (IX-3, 7 e 13)</p>
<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>8- O conselho regional de saúde é estruturado conforme a Resolução 333, 50% de representantes de usuários, 25% de representantes trabalhadores e 25% de representantes de gestores.</p> <p>14- As entidades e as associações são convidadas a indicarem as pessoas para concorrerem às vagas de usuários do conselho regional de saúde. Em plenária ocorre a eleição para escolher os membros titulares e suplentes. O sindicato indica os trabalhadores. O gestor da regional indica os representantes de gestor, se houver uma quantidade maior do que a determinada pelo regimento interno do conselho procede-se à eleição em plenária do conselho. Os conselheiros que se candidatam ao cargo de presidente do conselho fazem sua apresentação. Em seguida procede-se a votação pelos membros do conselho que têm direito a voz e voto. A eleição pode ser por intermédio do voto secreto ou por aclamação.</p>	<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>A composição dos conselheiros do conselho regional de saúde obedece à paridade conforme a Resolução 333, de 4 de novembro de 2003. As entidades e as associações indicam as pessoas para concorrerem às vagas de usuários do conselho regional de saúde. O sindicato indica os trabalhadores. Em plenária ocorre a eleição para escolher os membros titulares e suplentes dentro de cada um desses segmentos. O gestor da regional indica os representantes de gestor, se houver uma quantidade maior do que a determinada pelo regimento interno do conselho procede-se à eleição em plenária do conselho. Os conselheiros que se candidatam ao cargo de presidente são escolhidos pelo voto secreto ou por aclamação. (IX-8 e 14)</p>

Discurso X

Tema	Interpretação
<p>O Controle Social</p> <p>1- O controle social não é tão eficiente como deveria ser, pela dificuldade de recursos e de espaço, mas o conselho atua.</p>	<p>O Controle Social</p> <p>O controle social não é tão eficiente em virtude das dificuldades de recursos e do espaço físico. ^(X-1)</p>
<p>O Sistema de Saúde</p> <p>2- O centro de saúde não consegue absorver a demanda da cidade. Apresenta dificuldades de atendimento clínico e de espaço físico.</p>	<p>O Sistema de Saúde</p> <p>O centro de saúde não dispõe de espaço físico e atendimento clínico suficiente para absorver a demanda da cidade. ^(X-2)</p>
<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>3- O conselho regional de saúde busca melhorar o espaço físico do centro de saúde e a contratação de mais profissionais por meio da solicitação ao Secretário de Saúde e ao Governador. Embora o conselho não consiga dar todo suporte às dificuldades da comunidade.</p> <p>4- O conselho regional de saúde busca integrar a comunidade e outras lideranças para conseguir mais benefícios à comunidade.</p> <p>5- O conselho regional de saúde realiza reuniões periódicas e atende às famílias mais necessitadas no domicílio.</p> <p>7- Os usuários e os trabalhadores procuram os conselheiros para dar informações ou reclamar de alguma coisa.</p> <p>8- As informações são passadas mediante reuniões mensais do conselho e quando há a necessidade de informar algo mais urgente é agendada uma reunião extraordinária ou informa-se por cartas e ofícios.</p> <p>9- Durante as reuniões ordinárias os conselheiros devem trazer os anseios da comunidade.</p>	<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>O conselho regional de saúde realiza reuniões periódicas. Durante essas reuniões ordinárias, os conselheiros devem trazer os anseios da comunidade e dos profissionais da área da saúde e receber os informes e decisões. Quando há a necessidade de informar algo mais urgente é agendada uma reunião extraordinária ou informa-se através de cartas e ofícios. O conselho busca integrar a comunidade e outras lideranças para conseguir mais benefícios à comunidade; melhorar o espaço físico do centro de saúde e a contratação de mais profissionais mediante a solicitação ao Secretário de Saúde e ao Governador e atender às famílias mais necessitadas no domicílio. Embora o conselho não consiga dar todo suporte às dificuldades da comunidade, trabalha para alcançar esse objetivo. ^(X-3, 4, 5, 7, 8 e 9)</p>

A Representatividade	A Representatividade
6- Os membros do conselho são escolhidos através de indicação das entidades e associações por carta ou compromisso verbal.	Os membros do conselho são indicados pelas associações e entidades por carta ou compromisso verbal. ^(X-6)

Discurso XI

Tema	Interpretação
O Controle Social	O Controle Social
<p>1- O controle social na prática não existe porque a comunidade desconhece esse instrumento.</p> <p>2- Para que o controle social tenha força e algum efeito é necessária uma ação coletiva e não individual. É preciso a comunidade está envolvida para que as coisas aconteçam.</p> <p>21- A maior parte da população desconhece a existência do conselho regional de saúde, do exercício do controle social e da importância de acompanhar os processos decisórios.</p> <p>22- É preciso que haja uma política séria voltada para o esclarecimento da sociedade sobre os conselhos de saúde e sobre a sua responsabilidade de fazer o controle social acontecer.</p> <p>24- A comunidade é o segmento mais prejudicado pela falta do conhecimento, já que os trabalhadores e os gestores têm a formação técnica e acadêmica. A comunidade do Paranoá tem como característica a baixa escolaridade e é preciso o uso de recursos didáticos variados para conseguir transmitir o conhecimento a cerca do que é conselho de saúde e das suas atribuições.</p>	<p>O controle social não existe na prática porque a comunidade desconhece esse instrumento. É preciso a comunidade está envolvida para que o controle social tenha força e faça efeito. A população desconhece a existência do conselho regional de saúde, do exercício do controle social e da importância de acompanhar os processos decisórios. Não há uma política voltada para o esclarecimento da sociedade que preconize o uso de recursos didáticos variados para conseguir transmitir o conhecimento à população com baixa escolaridade. ^(XI-1, 2, 21, 22 e 24)</p>
A Representatividade	A Representatividade
3- O conselho regional de saúde não estava organizado porque não havia a	As entidades escolhem os seus representantes e encaminham para a

<p>possibilidade do diretor da regional de saúde ocupando o cargo de presidente do conselho, fiscalizar seus próprios atos, sendo esta uma das atribuições do conselho.</p> <p>11- As entidades escolhem os seus representantes e encaminham para a assembléia onde serão eleitos os conselheiros do conselho regional de saúde. Depois dessa composição, na assembléia ordinária, tira-se o presidente.</p>	<p>assembléia onde serão eleitos os conselheiros do conselho regional de saúde. Depois dessa composição, durante a assembléia ordinária, elege-se o presidente. O cargo de presidente do conselho regional de saúde ser ocupado por um representante de gestor é incompatível, haja vista que uma das suas atribuições é fiscalizar o trabalho do gestor.^(XI-3 e 11)</p>
<p style="text-align: center;">O Conselho Regional de Saúde</p> <p>4- O conselho regional de saúde tem se organizado, realizado conferências e reuniões ordinárias. As demandas das unidades de saúde são dialogadas com a gestora que faz parte do conselho de saúde na busca pela resolução dos problemas.</p> <p>5- O conselho regional de saúde não recebe apoio financeiro do governo para a execução de projetos.</p> <p>6- O conselho regional de saúde tem funções importantes como acompanhar, elaborar e executar projetos, entretanto, não tem autonomia financeira e não dispõe de condições materiais e recursos humanos para o desenvolvimento de suas atribuições. Segundo a resolução 333, o conselho de saúde é um órgão autônomo e independente, que tem poder, mas os meios não são dados pelo Estado para o exercício desse poder.</p> <p>7- As reuniões do conselho regional de saúde são ordinárias, realizadas mensalmente e caso tenha alguma demanda os conselheiros reúnem-se extraordinariamente.</p> <p>8- A função dos conselheiros do conselho regional de saúde é considerada de relevância pública. Os conselheiros representantes de trabalhador e gestor conseguem dispensa do serviço para participar das atividades do conselho, entretanto, os conselheiros representantes dos usuários não conseguem porque a</p>	<p style="text-align: center;">O Conselho Regional de Saúde</p> <p>O conselho regional de saúde tem se organizado, realizado conferências, reuniões ordinárias e, quando necessário, faz reuniões extraordinárias. As demandas das unidades de saúde são dialogadas com a gestora que faz parte do conselho de saúde na busca pela resolução dos problemas. Quanto às suas atribuições, o conselho é responsável por acompanhar, elaborar e executar projetos. Entretanto, o conselho não possui autonomia financeira, não dispõem de condições materiais, recursos humanos e assessoria técnica para o desenvolvimento de suas atribuições. Segundo a resolução 333, de 4 de Novembro de 2003, o conselho de saúde é um órgão autônomo e independente, que tem poder, muito embora não seja dado pelo Estado os meios para exercê-lo. Assim, o conselho trabalha dentro das suas possibilidades e das limitações físicas e financeiras. Com a atual gestão, o conselho tornou-se atuante, realiza reuniões e está de fato inserido na comunidade. As questões discutidas no conselho dizem respeito à relação, administração e distribuição de pessoal, à elaboração de políticas públicas e de ações para coibir as endemias e agravos, além de fazer solicitações à cerca da execução financeira de obras. As reclamações chegam até o conselho regional de saúde mediante formulários preenchidos pelos trabalhadores e usuários, por reclamações feitas nas unidades de saúde e por meio dos conselheiros que representam o</p>

<p>maioria trabalha na iniciativa privada.</p> <p>9- O conselho regional de saúde trabalha dentro das suas possibilidades e das limitações físicas e financeiras.</p> <p>10- Atualmente, com a última gestão, o conselho regional de saúde tornou-se atuante, está inserido na comunidade e realiza reuniões.</p> <p>12- As questões discutidas no conselho regional de saúde dizem respeito à relação, administração e distribuição de pessoal, à elaboração de políticas públicas e de ações para coibir as endemias e agravos, além de fazer solicitações à cerca de execução financeira de obras.</p> <p>13- O conselho regional de saúde tem poder, mas não dispõe de meios e condições para exercer esse poder, como, por exemplo, não tem técnicos para prestar assessoria.</p> <p>15- As reclamações chegam até o conselho regional de saúde mediante formulários preenchidos pelos trabalhadores e usuários, por reclamações feitas nas unidades de saúde e por meio dos conselheiros que representam o segmento de usuários. O formulário tem o seu alcance limitado porque na comunidade muitas pessoas têm baixa escolaridade e precisam de ajuda para redigi-lo.</p> <p>16- O retorno das informações do conselho para a comunidade por meio dos seus representantes não é acompanhado.</p> <p>17- É função do conselho regional de saúde elaborar, executar, participar e acompanhar a execução das políticas públicas de saúde, entretanto os conselheiros não têm conhecimento técnico e o conselho não dispõe de técnicos nos assuntos pleiteados.</p> <p>18- Não existe uma ligação entre os conselhos regionais de saúde com o conselho de saúde do Distrito Federal. Há</p>	<p>segmento de usuários. O formulário tem o seu alcance limitado porque na comunidade um significativo número de pessoas tem baixa escolaridade e precisam de ajuda para redigi-lo. O retorno das informações do conselho para a comunidade através dos seus representantes não é acompanhado. No entanto, os conselheiros representantes do segmento de trabalhadores conseguem detectar se ocorreram ou não mudanças nas unidades de saúde solicitadas pelo conselho à direção da regional de saúde. Os assuntos prioritários foram determinados pelos conselheiros representantes dos segmentos dos trabalhadores, os quais elaboraram um documento pontuando as necessidades mais emergentes da comunidade. Estas eram questões relacionadas à gerência, à administração e ao atendimento. Esse documento foi discutido no conselho regional de saúde e apresentado à gestora para a tomada de providências. A função dos conselheiros é de relevância pública. Entretanto, os conselheiros representantes de trabalhador e gestor conseguem dispensa do serviço para participar das atividades do conselho, enquanto os conselheiros representantes dos usuários não conseguem, porque a maioria trabalha na iniciativa privada. Não há uma articulação entre os conselhos regionais de saúde e com o conselho de saúde do Distrito Federal. A falta de um trabalho articulado prejudica a proposição de políticas públicas de saúde. (XI-4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 23)</p>
---	---

<p>problema na comunicação como pôde ser observado na organização da conferência regional de saúde, o qual é um momento sério e importante para a comunidade propor as políticas públicas de saúde da sua região.</p> <p>19- Os conselheiros representantes dos segmentos dos trabalhadores elaboraram um documento pontuando as necessidades mais emergentes da comunidade, as quais eram questões relacionadas à gerência, à administração e ao atendimento (mau atendimento médico, demora nas filas). Esse documento foi discutido no conselho regional de saúde e apresentado à gestora para a tomada de providências.</p> <p>20- Os conselheiros representantes do segmento de trabalhadores detectam se ocorreram ou não mudanças nas unidades de saúde solicitadas pelo conselho regional de saúde à direção da regional de saúde.</p> <p>23- O conselho regional de saúde não tem força porque não existe uma política financeira que lhe dê condições de elaborar estratégias que alcance as demandas da sociedade.</p>	
<p>O Sistema de Saúde</p> <p>14-A estrutura da secretaria de saúde e da regional de saúde é defasada.</p>	<p>O Sistema de Saúde</p> <p>A secretaria de saúde e a regional de saúde possuem uma estrutura física e o quadro de pessoal defasado. ^(XI-14)</p>

Discurso XII

Tema	Interpretação
<p>O Controle Social</p> <p>1- A prática do controle social não apresenta problemas maiores pelo fato da região administrativa está próxima ao Plano Piloto, o que facilita o acesso da população aos grandes hospitais.</p> <p>4- O controle social na cidade do Cruzeiro</p>	<p>O Controle Social</p> <p>O controle social não é difícil de exercer porque é fácil o acesso do conselho aos gestores e o acesso da comunidade aos grandes hospitais. Os problemas de ordem burocrática na Secretaria de Saúde não afetam profundamente a dinâmica do</p>

<p>não é difícil de exercer porque há um bom entrosamento entre o conselho de saúde e as duas gestoras que também compõem o conselho. Há problemas de ordem burocrática na Secretaria de Saúde, mas que não afetam profundamente a dinâmica do atendimento.</p> <p>11-A experiência do controle social remete a discussão do modelo de gestão do sistema de saúde brasileiro. É preciso repensar a gestão dentro de uma ampla discussão com as academias.</p>	<p>atendimento. A experiência do controle social remete a discussão do modelo de gestão do sistema de saúde brasileiro. É preciso repensar a gestão dentro de uma ampla discussão com as academias. ^(XII-1, 4 e 11)</p>
<p style="text-align: center;">O Sistema de Saúde</p> <p>2- Os dois centros de saúde apresentam uma demanda de atendimento maior do que a sua capacidade. A procura dos serviços de saúde por pessoas moradoras de cidades próximas ou até mesmo por pessoas que moram distantes, mas que trabalham nas proximidades das unidades de saúde tem prejudicado a organização interna dos serviços.</p> <p>5- Os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde como a universalidade, a equidade, a acessibilidade e a descentralização são de relevante eficácia social.</p> <p>6- O maior problema da saúde no Brasil é que a regulação não acontece com eficácia. Esta serviria para disciplinar as ações dos profissionais da saúde, principalmente no que diz respeito ao cumprimento da carga horária.</p> <p>7- É preciso rever o modo que os médicos tratam as pessoas de menor poder aquisitivo.</p> <p>9- Não existe um programa de atendimento à saúde do trabalhador e isso contribui para a precariedade do sistema de saúde.</p>	<p style="text-align: center;">O Sistema de Saúde</p> <p>Os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde são de grande eficácia social. A regulação que serviria para disciplinar as ações dos profissionais da saúde, principalmente no que diz respeito ao cumprimento da carga horária, não acontece de forma efetiva no Brasil. É preciso ser revisto o tratamento dispensado pelos médicos às pessoas de menor poder aquisitivo. Não existe um programa de saúde do trabalhador e isso contribui para a precariedade do sistema de saúde. As unidades básicas de saúde apresentam uma demanda de atendimento maior do que a sua capacidade, pois são atendidas pessoas fora da sua área de abrangência. Isso prejudica a organização interna dos serviços. ^(XII-2, 5, 6, 7 e 9)</p>
<p style="text-align: center;">O Conselho Regional de Saúde</p> <p>3- O conselho regional de saúde reivindicou ao Governador do Distrito Federal a construção de um centro de saúde com o objetivo de atender a demanda excedente.</p>	<p style="text-align: center;">O Conselho Regional de Saúde</p> <p>Os pré-requisitos para o funcionamento regular de um conselho são: possuir um presidente e vice-presidente ou uma mesa diretora (composta por dois conselheiros usuários, um conselheiro trabalhador e</p>

<p>8- A satisfação e a remuneração dos profissionais da área da saúde constituem-se em exigências do conselho regional de saúde.</p> <p>10- O conselho regional de saúde tem trabalhado no sentido de humanizar o atendimento médico.</p> <p>13- O conselho regional de saúde funciona em uma sala que possui um computador e um telefone. Não tem secretária porque foi demitida pelo governador.</p> <p>12- Para o conselho funcionar regularmente precisa de um presidente e vice-presidente ou uma mesa diretora composta por dois usuários, um trabalhador e um gestor; uma secretaria executiva; um espaço físico e uma estrutura mínima de escritório.</p> <p>14- O conselho regional de saúde tem cumprido seu papel diante da sociedade, mediante trabalho articulado com as unidades de saúde e com os poderes constituídos da região.</p> <p>15- O conselho regional de saúde do Cruzeiro funciona bem e é uma referência para os demais conselhos regionais.</p> <p>17- Há duas formas de conduzir um conselho: por intermédio do presidente e vice-presidente ou da mesa diretora. Nesta última há mais pessoas envolvidas na administração do conselho.</p> <p>18- Todos os assuntos relacionados à saúde são discutidos no conselho, inclusive, os referentes ao funcionamento e dinâmica dos serviços nas unidades de saúde.</p> <p>19- A elaboração do plano de metas da regional de saúde se constitui em uma das questões mais relevantes na agenda de um conselho.</p> <p>20- Os assuntos discutidos no conselho regional de saúde chegam por meio dos conselheiros e dos usuários. As denúncias são apresentadas por escrito, abre-se um processo para averiguação, uma vez procedente a denúncia, remete-se um ofício</p>	<p>outro conselheiro gestor); uma secretaria executiva; uma sede e uma estrutura mínima de escritório. O conselho regional de saúde é uma instância de deliberação coletiva permanente e que agrega a participação popular por meio dos representantes dos diversos segmentos que o compõem. O conselho tem atuado no sentido de humanizar o atendimento médico, de reivindicar a melhora na remuneração dos profissionais da saúde e a construção de um centro de saúde. O conselho funciona em uma sala que possui um computador e um telefone. Não tem secretária. O conselho tem cumprido seu papel diante da sociedade, por intermédio do trabalho articulado com as unidades de saúde e com os poderes constituídos da região. Todos os assuntos relacionados à saúde são discutidos no conselho, como a elaboração do plano de metas da regional de saúde e assuntos referentes ao funcionamento e dinâmica dos serviços nas unidades de saúde. Os assuntos discutidos nas reuniões chegam por meio dos conselheiros e dos usuários e busca-se a solução dos problemas. Todas as denúncias são apuradas e pedem-se providências. As reuniões do conselho são itinerantes para torná-lo conhecido e criar elos de articulação. O conselho regional de saúde do Cruzeiro é uma referência para os demais conselhos regionais. A definição de prioridades é um processo e os conselhos regionais de saúde do Distrito Federal não estão preparados para fazer esse discernimento. É necessário o levantamento do perfil epidemiológico da cidade para traçar as prioridades segundo a sua realidade. (XII-3, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25)</p>
---	--

<p>ao setor competente pedindo providência.</p> <p>21- O conselho regional de saúde é uma instância de deliberação coletiva permanente e que agrega a participação popular por meio dos representantes dos diversos segmentos que o compõe.</p> <p>22- A definição de prioridades é um processo e os conselhos regionais de saúde do Distrito Federal não estão preparados para ter esse discernimento.</p> <p>23- O conselho regional de saúde do Cruzeiro tem feito o levantamento do perfil epidemiológico da cidade para traçar as prioridades segundo a realidade de cada localidade.</p> <p>24- O conselho regional de saúde do Cruzeiro tem tentado se posicionar dentro da sociedade e se tornar conhecido por meio de reuniões itinerantes. Inclusive reuniões nas unidades de saúde para criar elos de articulação entre os trabalhadores e os gestores.</p> <p>25- O conselho regional de saúde é uma instância onde as pessoas levam os seus problemas, as suas dificuldades e partilha com os conselheiros em busca de soluções.</p>	
<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>16- É realizado um processo eleitoral para a escolha dos membros do conselho. A primeira etapa é a formação de uma comissão eleitoral que divulgará o edital às entidades que tenham estatuto reconhecido pelo fórum local e interessadas em participar do conselho. Cada entidade credenciada indica um titular e um suplente. É marcado um dia para reunião onde os usuários, os trabalhadores e os gestores escolhem os seus representantes dentro dos grupos respectivos. Feito isso, convoca-se uma reunião ordinária para eleger o presidente e o vice ou a mesa diretora.</p>	<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>É realizado um processo eleitoral para a escolha dos membros do conselho, o qual inclui a formação de uma comissão eleitoral e a elaboração de um edital. As entidades com estatuto reconhecido pelo fórum local e credenciadas indicam um conselheiro titular e suplente. É marcado um dia para reunião onde os usuários, os trabalhadores e os gestores escolhem os seus representantes dentro dos grupos respectivos. Convoca-se uma reunião ordinária para eleger o presidente e o vice ou a mesa diretora. ^(XII-16)</p>

Discurso XIII

Tema	Interpretação
<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>1- O conselho regional de saúde tem promovido fóruns de discussão da saúde pública em que todos os segmentos sociais são convidados a participar, com o objetivo de aumentar a participação da comunidade e formar parcerias na resolução dos problemas de saúde da cidade, tendo como enfoque o controle social.</p> <p>2- O conselho regional de saúde mediante fóruns de discussão da saúde pública, busca diminuir as tensões existentes em torno do tema saúde, a hostilidade em relação à gerência de saúde, promover a compreensão do processo saúde e doença e as dificuldades nele envolvidas, compartilhar a saúde em níveis de discussão transversal com outros segmentos da sociedade para com isso conquistar o apoio da comunidade.</p> <p>4- O conselho regional de saúde reúne-se mensalmente para discutir os avanços e problemas da saúde da comunidade.</p> <p>5- Os conselheiros da atual gestão têm se proposto a resgatar a atuação do conselho no processo e na discussão da saúde, tornando-o mais propositivo e representativo.</p> <p>6- O conselho é uma instância de discussão da saúde muito importante e que representa a sociedade.</p> <p>7- A proposta de ter uma sede do conselho dentro da Regional de saúde é uma forma de torná-lo mais vigilante, dar mais identidade e de resgatar a atuação do conselho no jogo da saúde.</p> <p>8- O conselho funciona há vários anos, porém dentro de uma atuação muito tímida.</p>	<p>O Conselho Regional de Saúde</p> <p>O conselho regional de saúde tem promovido fóruns de discussão da saúde pública, em que todos os segmentos sociais são convidados a participar. Com isso o conselho busca diminuir as tensões existentes em torno do tema saúde, a hostilidade em relação à gerência de saúde, promover a compreensão do processo saúde e doença e as dificuldades nele envolvidas, aumentar a participação da comunidade e o seu apoio, compartilhar a saúde em níveis de discussão transversal com outros segmentos da sociedade e formar parcerias na resolução dos problemas, tendo como enfoque o controle social. O conselho reúne-se mensalmente para discutir os avanços e problemas da saúde da comunidade. A atual gestão tem se proposto a resgatar a atuação do conselho no processo e na discussão da saúde, tornando-o mais propositivo, representativo e reivindicador, não só no âmbito da região administrativa, mas em nível central do Governo do Distrito Federal. Assim, ele pode tornar-se um elemento de controle social mais forte. A proposta de ter uma sede do conselho dentro da Regional de saúde é uma forma de torná-lo mais vigilante e de dar-lhe mais identidade. O conselho discute assuntos relacionados à saúde que tenham alcance social. Os assuntos de ordem técnica e relacionados às dinâmicas internas das unidades de saúde não são de interesse do conselho. As pautas das reuniões são sugeridas por todos os conselheiros. As decisões, discussões e informações são comunicadas à população através do jornal local, da rádio comunitária, fóruns no hospital e dos conselheiros aos seus respectivos segmentos. A lógica é a seguinte: quanto mais informada a comunidade, menor a</p>

<p>9- O conselho regional de saúde pode ser um elemento de controle social superior, desde que seja, mais participativo, atuante, propositivo e reivindicador, não só no âmbito da região administrativa, mas em nível central do Governo do Distrito Federal.</p> <p>11- A opção de ser conselheiro é voluntária e isso garante a adesão ao trabalho com mais facilidade, pois só participam as pessoas com real interesse em ajudar, desinteressadas em remuneração já que esta não existe.</p> <p>12- O conselho regional de saúde discute assuntos relacionados à saúde que tenham alcance social. Os assuntos de ordem técnica e relacionados às dinâmicas internas do Hospital e centros de saúde não interessam ao conselho discutir.</p> <p>13- Os temas das pautas das reuniões são sugeridos por todos os conselheiros, de forma democrática.</p> <p>14- As decisões do conselho são levadas pelos conselheiros aos seus respectivos segmentos, ou seja, gestor informa gestores, trabalhador informa aos servidores e usuários mediante instâncias de discussão de nível comunitário, informa a população. É utilizado também o jornal local.</p> <p>15- O conselho regional de saúde utiliza a rádio como mecanismo de informação para reduzir a hostilidade e a incompreensão da comunidade em relação à atuação da gestão de saúde regional.</p> <p>16- O conselho regional de saúde é um local de discussão do tema saúde em que a comunidade tem a oportunidade de estar no controle do tema, com a assistência técnica de gestores e trabalhadores que fazem parte do conselho.</p> <p>17- As reuniões do conselho regional de saúde são abertas à população de maneira geral.</p>	<p>hostilidade e a incompreensão em relação à gestão da direção regional de saúde. As reuniões do conselho são abertas e conferem à população a oportunidade de estar no controle do tema, com a assistência técnica de gestores e trabalhadores que fazem parte do conselho. Nesse momento, as prioridades são determinadas e as decisões são resultantes de uma ampla discussão transversal permeada de embasamento teórico. O trabalho dos conselheiros é voluntário e isso garante o real interesse e adesão dos membros ao conselho. ^(XIII-1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 19)</p>
---	---

<p>18- O conselho regional de saúde utiliza o mecanismo de discussão transversal para a determinação de propostas prioritárias, onde os técnicos da área fornecem embasamento técnico.</p> <p>19- O que é discutido e decidido no conselho é divulgado para a comunidade através de rádio, de jornais, de fóruns no hospital e dos componentes do conselho às suas respectivas comunidades.</p>	
<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>3- O conselho regional de saúde funciona através de três segmentos, os de gestores, de usuários e de trabalhadores.</p> <p>10- O presidente do conselho regional de saúde é escolhido mediante eleição e os demais membros são convidados ou se oferecem voluntariamente para compor o conselho. O diretor da regional escolhe os representantes de gestor, que têm a liberdade de aceitar ou não o convite.</p>	<p style="text-align: center;">A Representatividade</p> <p>O conselho regional de saúde é composto por três segmentos, os de gestores, de usuários e de trabalhadores. O presidente do conselho regional de saúde é eleito. Os demais membros do conselho são convidados ou se voluntariam a compor o conselho. O diretor da regional indica os representantes de gestor, que têm a liberdade de aceitar ou não o convite. ^(XIII-3 e 10)</p>
<p style="text-align: center;">O Sistema de Saúde</p> <p>20- A importância do controle social e das instâncias de discussão advém da necessidade de reestruturação do Sistema Único de Saúde que atualmente apresenta várias distorções.</p>	<p style="text-align: center;">O Sistema de Saúde</p> <p>O SUS atualmente apresenta várias distorções e por isso precisa ser reestruturado pelas instâncias de discussão e de controle social. ^(XIII-20)</p>

4.2 A Análise Nomotética

A análise nomotética entendida como a análise da totalidade dos discursos foi feita relacionando os dados entre si para formar um campo específico de pontos revelados nas convergências e divergências das unidades de significado interpretadas, obtidas pelas análises ideográficas dos treze discursos. O procedimento de análise nomotética das unidades de significado interpretadas dos discursos ocorreu pelo agrupamento das unidades de significado interpretadas dentro do seu respectivo tema; pela análise das convergências e divergências das unidades de significado interpretadas por tema e pela síntese dos resultados.

4.2.1 As unidades de significado interpretadas

Nesta etapa de análise dos resultados, as unidades de significado interpretadas obtidas pela análise ideográfica dos discursos encontram-se agrupadas nos temas e numeradas em seqüência, independente de sua tematização. O número romano sobrescrito e entre parênteses ao final de cada unidade de significado interpretada corresponde ao discurso de onde foi extraída e os números arábicos representam a numeração original daquela unidade de significado dentro do seu respectivo discurso.

4.2.1.1 Tema: o controle social

1. A prática do controle social tem melhorado, mas é muito frágil pela dificuldade de participação da sociedade que não tem compreensão do controle social, do seu papel e do papel dos conselheiros. A participação social não se torna efetiva pela falta de conhecimento das pessoas e pela facilidade de serem influenciadas e conduzidas. A participação da sociedade no controle social é muito frágil e está aquém do que deveria ser, já que não consegue melhorar os serviços de saúde tendo como base os princípios do Sistema Único de Saúde. A participação dos conselheiros nos cursos de capacitação fornece subsídios para a participação social no planejamento das políticas públicas de saúde de forma contextualizada.

(I-1, 3, 13, 14 e 17)

2. A vivência em relação ao controle social pelo conselho regional de saúde é pequena, porque os seus membros eram pouco participativos e em algumas gestões a sua composição ficou incompleta. Não há espaço físico para o pleno exercício do conselho. Entretanto, há avanços por maior acesso da comunidade às informações, pela liberdade de divulgação da imprensa, pelo acesso aos documentos da Secretaria de Saúde e pela atuação dos conselheiros.

(II-1, 4, 9, 10 e 11)

3. A prática do controle social foi maior na condição de militante dos movimentos estudantis. Na função de conselheiro e presidente do conselho, a vivência da prática do controle social tem buscado a participação dos estudantes nos conselhos. ^(III-6)

4. A experiência do controle social tem sido válida devido à construção do hospital. ^(IV-2)

5. O controle social não demonstra eficácia em virtude da falta de conhecimento da comunidade e dos conselheiros em relação ao conselho de saúde, ao controle social, ao Sistema Único de Saúde, à organização e funcionamento dos serviços de saúde, à realidade epidemiológica da cidade e aos direitos do cidadão. Para o controle social existir de fato, é necessário o estabelecimento e o fortalecimento dos conselhos gestores. ^(V-1, 3 e 4)

6. Verifica-se que a prática do controle social não é eficiente porque a população não está totalmente assistida pelo sistema de saúde, os gestores e trabalhadores de saúde precisam de mais treinamento e os usuários precisam de esclarecimentos para disciplinar a procura aos serviços de saúde. E que para ser implementado necessita de ações firmes e consistentes do governo, no que se refere a investimentos em recursos humanos e financeiros. A experiência

com o controle social é pequena em virtude de ter iniciado a participação no conselho há dois anos e meio. (VI-1, 3 e 14)

7. O controle social não existia. Com a substituição do diretor da Regional de saúde houve abertura para a exposição dos problemas identificados pelo conselho e a tentativa de resolução. A partir do momento em que houver o cumprimento da escala de trabalho dos médicos e houver gestão dos serviços de saúde haverá o controle social. (VII-1, 2 e 4)

8. O controle social no SUS é quase inexistente porque o governo não justifica as suas ações e determinações ao conselho. O controle social é feito mediante negociação. A questão político partidária atrapalha a negociação. O problema do controle social é a falta de motivação dos conselheiros e da comunidade que precisam saber o seu papel e a função do controle social. A participação dos usuários nas reuniões do conselho é muito rara e com pouco conteúdo, quando vão é para pedir em nome próprio. A comunidade desconhece as atribuições do conselho, o conceito de saúde pública e privada, pois, para ela o importante é ter o atendimento. As alternativas evocadas pela comunidade para a resolução dos problemas de saúde é incendiar ou demolir o centro de saúde. A experiência com o orçamento participativo na gestão governamental passada proporcionou o exercício do controle social. É pouca a mobilização e a motivação dos usuários no Sistema Único de Saúde e no conselho. (VIII-1, 6, 10, 11, 12, 18, 40, 42, 49 e 50)

9. A prática do controle social se configura na aplicação das diretrizes do SUS nas unidades da Regional de Saúde. Com esse objetivo foi implantado um sistema de integração entre o pronto socorro do Hospital Regional e as três unidades de atenção básica, onde se busca prestar um atendimento mais rápido e humanizado ao usuário. É preciso a participação da comunidade no conselho para existir o controle social. (IX-3, 7 e 13)

10. O controle social não é tão eficiente em virtude das dificuldades de recursos e do espaço físico. (X-1)

11. O controle social não existe na prática porque a comunidade desconhece esse instrumento. É preciso a comunidade está envolvida para que o controle social tenha força e faça efeito. A população desconhece a existência do conselho regional de saúde, do exercício do controle social e da importância de acompanhar os processos decisórios. Não há uma política voltada para o esclarecimento da sociedade que preconize o uso de recursos didáticos variados para conseguir transmitir o conhecimento à população com baixa escolaridade. (XI-1, 2, 21, 22 e 24)

12. O controle social não é difícil de exercer porque é fácil o acesso do conselho aos gestores e o acesso da comunidade aos grandes hospitais. Os problemas de ordem burocrática na Secretaria de Saúde não afetam profundamente a dinâmica do atendimento. A experiência do controle social remete a discussão do modelo de gestão do sistema de saúde brasileiro. É preciso repensar a gestão dentro de uma ampla discussão com as academias. ^(XII-1, 4 e 11)

4.2.1.2 Tema: o conselho regional de saúde

13. O conselho regional de saúde precisou ser reestruturado porque estava sem funcionar. É função do conselho melhorar a qualidade de vida da população e melhorar o atendimento, por meio da implementação dos princípios e diretrizes dos SUS, do planejamento das políticas públicas de saúde e do planejamento estratégico da região para conseguir acompanhar e controlar as metas e ações dos gestores. O conselho elege as prioridades para determinar as suas ações já que não consegue acompanhar a dinâmica dos processos políticos e as necessidades da população. A formação dos conselheiros é imprescindível para o acompanhamento das dinâmicas de uma regional de saúde, para a compreensão do controle social e das dificuldades para a concretização da participação popular na gestão e no planejamento das políticas públicas de saúde. Os conselhos de saúde municipais atuam de forma mais efetiva que os conselhos de saúde locais porque a liberação e autorização de qualquer recurso orçamentário são centralizadas na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Como os conselhos de saúde locais não interferem nisso, perdem o seu significado. Portanto, torna-se um desafio aos conselhos de saúde locais a conquista do espaço legal e legítimo, como previsto em lei, a participação no planejamento das ações e das políticas públicas de saúde e a fiscalização dos serviços. ^(I-4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 15 e 19)

14. O conselho regional de saúde do Riacho Fundo não é conhecido pela comunidade e não possui sede própria. Entretanto, ele tem buscado se reestruturar, por procurar parcerias e estimular a participação social, trazendo a comunidade para o conselho. A comunidade procura o conselho para conseguir consultas e cirurgias, de modo que são atendidos em seus pedidos pelo conselho para reduzir a sobrecarga do Centro de Saúde. Os conselhos regionais têm direito a voz e voto, o que antes não era possível. A capacitação dos conselheiros é considerada um avanço. ^(II-2, 5, 6, 7, 8 e 12)

15. O conselho regional de saúde na gestão passada realizou visitas em algumas instituições de saúde, elaborou relatórios e apontou propostas para a melhoria dos serviços de saúde. Na nova gestão há uma idéia de renovação do conselho com o objetivo de formar

multiplicadores, de promover uma discussão mais ampla sobre controle social em nível regional e a aproximação com o conselho comunitário das quadras. Além disso, tem realizado algumas atividades como: visitas às instituições de saúde; reuniões direcionadas a conferência regional de saúde e a conferência do Distrito Federal; seminários sobre controle social e os movimentos populares; trabalhos com os estudantes para agregá-los aos conselhos e discussões sobre a formação de alianças com os movimentos sociais. Os conselheiros têm uma idéia superficial de controle social, apesar dos cursos de capacitação. Vigora a idéia de resolver os problemas emergentes de forma paliativa e não definitiva. Os conselheiros buscam uma identidade de grupo. A participação dos conselheiros nas reuniões do conselho tem reduzido, principalmente dos representantes de gestor. (III-1, 2, 3, 4, e 5)

16. O conselho regional de saúde priorizou as parcerias com a regional de ensino, com o conselho de segurança, com o conselho ambiental e com a administração regional para promover a participação mais ampla dos segmentos da sociedade na resolução dos problemas da comunidade e para promover educação em saúde. Além disso, preocupa-se com a inauguração do Hospital Regional e com o seu funcionamento. Os conselhos regionais, de modo geral, funcionam precariamente, diferente dos outros conselhos, pois estes recebem incentivos materiais e financeiros do governo. Não há uma consultoria técnica para atender o conselho regional de saúde. Os representantes de gestores e trabalhadores são funcionários públicos, e já possuem algum tipo de incentivo como remuneração e liberação para participar das reuniões e capacitações, enquanto os representantes de usuários, não. (IV-4, 5, 6, 7 e 9)

17. Desde os anos 80 havia movimentos e reuniões que levantavam os problemas de saúde da região e que levariam ao conselho de saúde. O conselho regional de saúde pretende capacitar os conselhos gestores para que eles funcionem em sua plenitude. O conselho discute os problemas da regional de saúde e da comunidade para então agir e cobrar a quem é de direito, sem perder o seu foco que é a consolidação do SUS. Os conselheiros levam para o conselho regional de saúde os problemas identificados pelas associações dos quais eles representam. E o caminho inverso é feito para levar ao conhecimento das entidades as decisões e resoluções do conselho. O diretor da regional de saúde comunica ao conselho de saúde as decisões da Secretaria de Saúde. É preciso conhecimento para saber priorizar. Entretanto, a prioridade da população é o emergente, e na verdade o que deveria ser priorizado era a realidade como um todo. (V-2, 5, 8, 9, 10, 11 e 12)

18. O conselho regional de saúde reúne-se mensalmente nas reuniões ordinárias e, quando necessário, nas reuniões extraordinárias. As reuniões são itinerantes para facilitar a participação da comunidade. Os assuntos discutidos na pauta das reuniões são levados à comunidade. Os assuntos discutidos nas reuniões referem-se às endemias, a necessidade de divulgação da existência e função do conselho para a comunidade local. Os assuntos mais relevantes são aqueles com maior número de citação nas reuniões. O conselho orienta o usuário sobre a existência e a forma de uso da ouvidoria da regional de saúde, comunica aos gestores os problemas trazidos pelos usuários e trabalhadores e tenta encontrar soluções em conjunto. A principal função do conselho regional de saúde é fiscalizar a saúde por meio das comissões. Os conselhos de saúde não são reconhecidos e respeitados pelos órgãos do governo. (VI-4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13)

19. A situação do conselho regional de saúde é precária porque não dispõe de uma secretária. Antigamente o conselho era considerado um nada pelos gestores, trabalhadores e usuários, porque não tinha direito a nada, sem direito a voz. Em 12 anos de funcionamento do conselho é possível observar melhora na conscientização da comunidade, pois, as pessoas estão conhecendo o conselho e já conseguem identificar os seus conselheiros. As reuniões do conselho regional de saúde são abertas ao conselho gestor e à comunidade. Os problemas do serviço de saúde são levados pela comunidade, pelos conselheiros e pelas enfermeiras às reuniões ordinárias ou extraordinárias, por escrito ou através da exposição oral. São registradas em ata, documentadas e encaminhadas ao diretor da regional para a tomada de providências. Quando não são tomadas as devidas providências, o conselho encaminha para as outras instâncias, como imprensa e Ministério Público. Nas reuniões são apontadas as prioridades e busca-se apoio da regional de saúde e da comunidade para a solução dos problemas. As principais funções do conselho são fiscalizar, priorizar e educar. O conselho utiliza quadros de aviso para divulgar a data das reuniões do conselho e resultado das conferências de saúde à comunidade. Os conselheiros representantes dos usuários terão condições de trabalho, como remuneração, quando for votada a emenda constitucional n. 29 de 13 de Setembro de 2000. (VII-3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 19)

20. O conselho regional de saúde só existe no papel, isto porque não possui uma sala, secretária e telefone. Não possui comissões que forneçam suporte técnico. O conselho regional de saúde realiza reuniões mensais em uma sala sem janela para discutir todos os problemas que de fato interfiram na qualidade de vida dos moradores da cidade e para negociar a resolução desses problemas no momento de sua ocorrência. As prioridades da

comunidade são determinadas após discussão e negociação do que é mais importante para a coletividade. O conselho não tem interesse político-partidário. A discussão da acessibilidade aos serviços de saúde trouxe um desgaste pessoal aos conselheiros. As denúncias chegam até o conselho através dos trabalhadores e usuários que residem em Recanto das Emas. As funções do conselho são discutir a melhoria da qualidade de vida, o controle social, levar propostas, fazer projetos, acompanhar o funcionamento da regional de saúde e motivar o usuário a ser mais participativo. Os informes do conselho são passados para a comunidade através das rádios comunitárias e das reuniões mensais. Os políticos levam o mérito de todas as conquistas conseguidas por meio do conselho regional de saúde, a exemplo da construção do centro de saúde. O conselho regional de saúde parece mais um fórum de negociação do que de controle, porque ninguém presta conta, e toda compra e contratação são feitas mediante a Secretaria de Saúde. A regional de saúde não tem poder político. Tudo é centralizado na Secretaria de Saúde. O conselho não tem poder decisório. Em virtude disso, as pessoas desacreditaram na sua atuação. Os novos conselheiros não são ousados em suas propostas e os conselheiros remanescentes estão desmotivados. O trabalho dos conselheiros é voluntário. (VIII-2, 3, 4, 7, 9, 13, 14, 16, 19, 26, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 41, 43, 46, 47, 48 e 51)

21. O conselho regional de saúde dispõe de uma sala e de uma secretária cedidos pelo Hospital Regional. A sala é dividida com o conselho gestor. A estrutura é pequena e precária, e para melhorar o nível de atendimento à comunidade precisaria de duas ou mais três pessoas. O conselho regional de saúde planeja, viabiliza, implementa e fiscaliza as políticas públicas de saúde da região. Entretanto, foram poucas as conquistas alcançadas. Os problemas trazidos pelos trabalhadores e predominantemente pelos usuários são discutidos e levados a quem é de direito solucionar. É dada a resposta a quem trouxe o problema. As decisões do conselho regional de saúde são levadas à comunidade por meio das reuniões realizadas na comunidade, nas associações e sindicatos, para que a população possa ajudar no controle social. O conselho prioriza os problemas com vistas à urgência, necessidades e realidade sócio-econômica da comunidade para dar um encaminhamento mais rápido. O maior foco tem sido reduzir a procura da população ao pronto-socorro através da porta de entrada que é a atenção básica. E com isso melhorar o atendimento à saúde. (IX-1, 4, 6, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24)

22. O conselho regional de saúde realiza reuniões periódicas. Durante essas reuniões ordinárias, os conselheiros devem trazer os anseios da comunidade e dos profissionais da área da saúde e receber os informes e decisões. Quando há a necessidade de informar algo mais urgente é agendada uma reunião extraordinária ou informa-se através de cartas e ofícios. O

conselho busca integrar a comunidade e outras lideranças para conseguir mais benefícios à comunidade; melhorar o espaço físico do centro de saúde e a contratação de mais profissionais mediante a solicitação ao Secretário de Saúde e ao Governador e atender às famílias mais necessitadas no domicílio. Embora o conselho não consiga dar todo suporte às dificuldades da comunidade, trabalha para alcançar esse objetivo. ^(X-3, 4, 5, 7, 8 e 9)

23. O conselho regional de saúde tem se organizado, realizado conferências, reuniões ordinárias, e quando necessário, faz reuniões extraordinárias. As demandas das unidades de saúde são dialogadas com a gestora que faz parte do conselho de saúde na busca pela resolução dos problemas. Quanto às suas atribuições, o conselho é responsável por acompanhar, elaborar e executar projetos. Entretanto, o conselho não possui autonomia financeira, não dispõem de condições materiais, recursos humanos e assessoria técnica para o desenvolvimento de suas atribuições. Segundo a resolução 333, de 4 de Novembro de 2003, o conselho de saúde é um órgão autônomo e independente, que tem poder, muito embora não seja dado pelo Estado os meios para exercê-lo. Assim, o conselho trabalha dentro das suas possibilidades e das limitações físicas e financeiras. Com a atual gestão, o conselho tornou-se atuante, realiza reuniões e está de fato inserido na comunidade. As questões discutidas no conselho dizem respeito à relação, administração e distribuição de pessoal, à elaboração de políticas públicas e de ações para coibir as endemias e agravos, além de fazer solicitações à cerca da execução financeira de obras. As reclamações chegam até o conselho regional de saúde mediante formulários preenchidos pelos trabalhadores e usuários, por reclamações feitas nas unidades de saúde e por meio dos conselheiros que representam o segmento de usuários. O formulário tem o seu alcance limitado porque na comunidade um significativo número de pessoas tem baixa escolaridade e precisam de ajuda para redigi-lo. O retorno das informações do conselho para a comunidade através dos seus representantes não é acompanhado. No entanto, os conselheiros representantes do segmento de trabalhadores conseguem detectar se ocorreram ou não mudanças nas unidades de saúde solicitadas pelo conselho à direção da regional de saúde. Os assuntos prioritários foram determinados pelos conselheiros representantes dos segmentos dos trabalhadores, os quais elaboraram um documento pontuando as necessidades mais emergentes da comunidade. Estas eram questões relacionadas à gerência, à administração e ao atendimento. Esse documento foi discutido no conselho regional de saúde e apresentado à gestora para a tomada de providências. A função dos conselheiros é de relevância pública. Entretanto, os conselheiros representantes de trabalhador e gestor conseguem dispensa do serviço para participar das atividades do

conselho, enquanto os conselheiros representantes dos usuários não conseguem, porque a maioria trabalha na iniciativa privada. Não há uma articulação entre os conselhos regionais de saúde e com o conselho de saúde do Distrito Federal. A falta de um trabalho articulado prejudica a proposição de políticas públicas de saúde. (XI-4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 23)

24. Os pré-requisitos para o funcionamento regular de um conselho são possuir: um presidente e vice-presidente ou uma mesa diretora (composta por dois conselheiros usuários, um conselheiro trabalhador e outro conselheiro gestor); uma secretaria executiva; uma sede e uma estrutura mínima de escritório. O conselho regional de saúde é uma instância de deliberação coletiva permanente e que agrega a participação popular por meio dos representantes dos diversos segmentos que o compõem. O conselho tem atuado no sentido de humanizar o atendimento médico, de reivindicar a melhora na remuneração dos profissionais da saúde e a construção de um centro de saúde. O conselho funciona em uma sala que possui um computador e um telefone. Não tem secretária. O conselho tem cumprido seu papel diante da sociedade, por intermédio do trabalho articulado com as unidades de saúde e com os poderes constituídos da região. Todos os assuntos relacionados à saúde são discutidos no conselho, como a elaboração do plano de metas da regional de saúde e assuntos referentes ao funcionamento e dinâmica dos serviços nas unidades de saúde. Os assuntos discutidos nas reuniões chegam por meio dos conselheiros e dos usuários e busca-se a solução dos problemas. Todas as denúncias são apuradas e pedem-se providências. As reuniões do conselho são itinerantes para torná-lo conhecido e criar elos de articulação. O conselho regional de saúde do Cruzeiro é uma referência para os demais conselhos regionais. A definição de prioridades é um processo e os conselhos regionais de saúde do Distrito Federal não estão preparados para fazer esse discernimento. É necessário o levantamento do perfil epidemiológico da cidade para traçar as prioridades segundo a sua realidade. (XII-3, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25)

25. O conselho regional de saúde tem promovido fóruns de discussão da saúde pública, em que todos os segmentos sociais são convidados a participar. Com isso o conselho busca diminuir as tensões existentes em torno do tema saúde, a hostilidade em relação à gerência de saúde, promover a compreensão do processo saúde e doença e as dificuldades nele envolvidas, aumentar a participação da comunidade e o seu apoio, compartilhar a saúde em níveis de discussão transversal com outros segmentos da sociedade e formar parcerias na resolução dos problemas, tendo como enfoque o controle social. O conselho reúne-se mensalmente para discutir os avanços e problemas da saúde da comunidade. A atual gestão

tem se proposto a resgatar a atuação do conselho no processo e na discussão da saúde, tornando-o mais propositivo, representativo e reivindicador, não só no âmbito da região administrativa, mas em nível central do Governo do Distrito Federal. Assim, ele pode tornar-se um elemento de controle social mais forte. A proposta de ter uma sede do conselho dentro da Regional de saúde é uma forma de torná-lo mais vigilante e de dar-lhe mais identidade. O conselho discute assuntos relacionados à saúde que tenham alcance social. Os assuntos de ordem técnica e relacionados às dinâmicas internas das unidades de saúde não são de interesse do conselho. As pautas das reuniões são sugeridas por todos os conselheiros. As decisões, discussões e informações são comunicadas à população através do jornal local, da rádio comunitária, fóruns no hospital e dos conselheiros aos seus respectivos segmentos. A lógica é a seguinte: quanto mais informada a comunidade, menor a hostilidade e a incompreensão em relação à gestão da direção regional de saúde. As reuniões do conselho são abertas e conferem à população a oportunidade de estar no controle do tema, com a assistência técnica de gestores e trabalhadores que fazem parte do conselho. Nesse momento, as prioridades são determinadas e as decisões são resultantes de uma ampla discussão transversal permeada de embasamento teórico. O trabalho dos conselheiros é voluntário e isso garante o real interesse e adesão dos membros ao conselho. (XIII-1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 19)

4.2.1.3 Tema: a representatividade

26. As instituições e associações são frágeis porque nem sempre os seus representantes no conselho agem em conformidade com os valores acatados pelo grupo do qual eles representam. Conforme a Resolução 333, de 4 de Novembro de 2003, o conselho regional de saúde é composto por 50% de representantes de usuários, 25% representantes de gestores e 25% representantes de trabalhadores, respeitando a paridade. É um avanço para o conselho regional de saúde o cargo de presidente ser ocupado por um representante de usuário, já que historicamente ele vinha sendo ocupado pelo diretor da regional de saúde. (I-2, 5 e 9)

27. O presidente do conselho regional de saúde é um representante de usuário, o qual pertence a dois segmentos da comunidade. (II-13)

28. O presidente do conselho foi escolhido mediante voto. Questiona-se a paridade dos conselhos, tendo em vista que os representantes de gestor e trabalhador pertencem a uma mesma instituição. (IV-1 e 8)

29. Os trabalhadores são escolhidos pelo sindicato. Os gestores são indicados pelo gestor. E os usuários são escolhidos pelas associações. Uma vez composto o conselho, os representantes interessados na presidência se candidatam e por meio do voto é eleito o presidente do conselho. ^(V-7)

30. Os representantes de usuários do conselho regional são escolhidos por meio de eleições dentro dos seus respectivos segmentos sociais que compõem a cidade. Os representantes de trabalhadores são indicados pelo sindicato e os representantes de gestores são aqueles que já se encontram em cargos comissionados. O presidente do conselho é escolhido por meio de eleição interna, onde quem vota são os conselheiros eleitos. ^(VI-6)

31. Os representantes dos usuários no conselho são indicados pelas associações e entidades da comunidade, enquanto o presidente e vice-presidente são eleitos entre os conselheiros. O cargo de presidente do conselho regional de saúde ocupado por um representante de usuário não sofre retaliações, ao contrário do que foi observado quando o mesmo cargo é exercido por um representante de trabalhador. ^(VII-8 e 11)

32. O conselho é composto por 24 conselheiros, sendo 12 titulares e 12 suplentes. 50% desses conselheiros são usuários, 25% trabalhadores e 25% gestores e prestadores de serviço. Uma vaga de gestor titular e suplente é destinada a um representante da Administração Regional, justificado pelo fato de ser utilizado o espaço físico da administração e pela tentativa de mobilizar a comunidade para o conselho ter respaldo. Os conselheiros representantes de trabalhadores são escolhidos em reunião sindical. Os conselheiros representantes de gestor são indicados pela direção da regional de saúde e pelo administrador da região. Os conselheiros representantes dos usuários são escolhidos em plenária pela comunidade. Alguns representantes dos usuários são agentes comunitários de saúde lotados no Programa Saúde da Família. Por esta razão, eles têm facilidade em levar as informações até os usuários. Entretanto, ao invés de trazer os problemas da comunidade para as reuniões do conselho, eles têm trazido problemas pessoais. Os servidores públicos sentem-se constrangidos frente aos problemas de saúde. Pois, como estão na linha de frente dos atendimentos, todas as responsabilidades do funcionamento dos serviços de saúde recaem sobre eles. Por isso são considerados representantes do governo. ^(VIII-5, 17, 27, 28 e 34)

33. A composição dos conselheiros do conselho regional de saúde obedece à paridade conforme a Resolução 333, de 4 de novembro de 2003. As entidades e as associações indicam as pessoas para concorrerem às vagas de usuários do conselho regional de saúde. O sindicato

indica os trabalhadores. Em plenária ocorre a eleição para escolher os membros titulares e suplentes dentro de cada um desses segmentos. O gestor da regional indica os representantes de gestor, se houver uma quantidade maior do que a determinada pelo regimento interno do conselho procede-se à eleição em plenária do conselho. Os conselheiros que se candidatam ao cargo de presidente são escolhidos pelo voto secreto ou por aclamação. ^(IX-8 e 14)

34. Os membros do conselho são indicados pelas associações e entidades por carta ou compromisso verbal. ^(X-6)

35. As entidades escolhem os seus representantes e encaminham para a assembléia onde serão eleitos os conselheiros do conselho regional de saúde. Depois dessa composição, durante a assembléia ordinária, elege-se o presidente. O cargo de presidente do conselho regional de saúde ser ocupado por um representante de gestor é incompatível, haja vista que uma das suas atribuições é fiscalizar o trabalho do gestor. ^(XI-3 e 11)

36. É realizado um processo eleitoral para a escolha dos membros do conselho, o qual inclui a formação de uma comissão eleitoral e a elaboração de um edital. As entidades com estatuto reconhecido pelo fórum local e credenciadas indicam um conselheiro titular e suplente. É marcado um dia para reunião onde os usuários, os trabalhadores e os gestores escolhem os seus representantes dentro dos grupos respectivos. Convoca-se uma reunião ordinária para eleger o presidente e o vice ou a mesa diretora. ^(XII-16)

37. O conselho regional de saúde é composto por três segmentos, os de gestores, de usuários e de trabalhadores. O presidente do conselho regional de saúde é eleito. Os demais membros do conselho são convidados ou se voluntariam a compor o conselho. O diretor da regional indica os representantes de gestor, que têm a liberdade de aceitar ou não o convite. ^(XIII-3 e 10)

4.2.1.4 Tema: o sistema de saúde

38. As demandas de saúde da população não são atendidas pelo governo. ^(I-16 e 18)

39. Embora, falte apoio da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, a unidade básica de saúde é considerada uma das melhores, em função da atuação da administração e da equipe, e por não ter problema de atendimento. ^(II-3)

40. A universalidade e a gratuidade, princípios básicos do Sistema Único de Saúde, se concretizam na prestação dos serviços públicos de saúde e no funcionamento dos seus programas. ^(IV-3)

41. Há escassez de recursos humanos treinados na área da saúde para atender a comunidade. E algumas áreas de atenção à saúde não são contempladas pela falta de funcionários. ^(VI-2)
42. A proposta do conselho é de tornar o SUS decente e de iniciar a conscientização do SUS nas escolas. ^(VII-20)
43. Os problemas de saúde enfrentados pelo conselho regional relacionam-se aos gestores nomeados pelo governo que não conhecem a realidade local, que impõem as suas propostas e que nunca concluem o planejado, aos servidores também desinteressados em discutir controle social e em humanizar o serviço, à falta de profissionais de saúde, à falta de um hospital regional, à falta de recursos materiais, ao número reduzido de vagas para as especialidades médicas e para os exames e à burocratização do acesso dos usuários aos serviços de saúde. A regional de saúde é composta por dois centros de saúde, um posto urbano e algumas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). A implantação do PSF facilitou o acesso das pessoas que estavam às margens dos serviços de saúde, e como consequência houve aumento da demanda desses serviços. O modelo de atenção à saúde que vigora no Brasil e Distrito Federal é o modelo biomédico. ^(VIII-8, 15, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 30, 44 e 45)
44. O funcionamento do sistema de saúde depende de uma boa gestão e de recursos financeiros. As dificuldades em relação à falta de recursos humanos, materiais e gestão na Secretaria de Saúde e na Regional de Saúde prejudicam o atendimento da população. ^(IX-2, 5 e 22)
45. O centro de saúde não dispõe de espaço físico e atendimento clínico suficiente para absorver a demanda da cidade. ^(X-2)
46. A secretaria de saúde e a regional de saúde possuem uma estrutura física e o quadro de pessoal defasado. ^(XI-14)
47. Os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde são de grande eficácia social. A regulação que serviria para disciplinar as ações dos profissionais da saúde, principalmente no que diz respeito ao cumprimento da carga horária, não acontece de forma efetiva no Brasil. É preciso ser revisto o tratamento dispensado pelos médicos às pessoas de menor poder aquisitivo. Não existe um programa de saúde do trabalhador e isso contribui para a precariedade do sistema de saúde. As unidades básicas de saúde apresentam uma demanda de atendimento maior do que a sua capacidade, pois são atendidas pessoas fora da sua área de abrangência. Isso prejudica a organização interna dos serviços. ^(XII-2, 5, 6, 7 e 9)

48. O SUS atualmente apresenta várias distorções e por isso precisa ser reestruturado pelas instâncias de discussão e de controle social. ^(XIII-20)

4.2.2 Quadro nomotético

A construção de um quadro nomotético facilita a visualização dos resultados encontrados. Com esse intuito foi elaborado um quadro constituído por 14 colunas, a primeira coluna da esquerda foi destinada às idéias gerais desveladas das unidades de significado interpretadas dos treze discursos analisados, agrupadas em seus respectivos temas e as demais colunas apresentam os indicadores da convergência ou da divergência entre as unidades de significado interpretadas dos discursos I a XIII, representados pelas letras C e D. Os algarismos arábicos, ao lado das letras C e D, correspondem à numeração seqüencial das unidades de significado interpretadas de todos os discursos como se segue.

IDÉIAS GERAIS DESVELADAS	DISCURSOS												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
O CONTROLE SOCIAL													
1. A prática do controle social é muito frágil por desconhecimento da sociedade acerca da importância do controle, do conselho de saúde, do Sistema Único de Saúde, da organização dos serviços de saúde e da realidade epidemiológica da sua cidade. Uma vez presente esse controle social se refletiria em um eficiente funcionamento dos serviços de saúde.	C1				C5	C6		C8			C11		
2. Os cursos de capacitação fornecem subsídios aos conselheiros para a participação social no planejamento das políticas públicas de saúde de forma contextualizada.	C1												
3. O controle social não é eficiente por falta de investimento financeiro em recursos materiais, recursos humanos e espaço físico tanto na regional de saúde como no conselho regional de saúde.		C2				C6				C10			
4. Houve avanços no exercício do controle social como o acesso facilitado da comunidade às informações, o acesso aos documentos da Secretaria de Saúde pelos conselhos e a presença de conselheiros mais atuantes.		C2											
5. A experiência do controle social remete a discussão do modelo de gestão dos serviços e do sistema de saúde brasileiro.							C7					C12	
6. A experiência positiva da prática do controle social está vinculada ao acesso facilitado da população aos hospitais.				C4		D6	D7		D9			C12	
7. O controle social vivenciado limita-se à negociação das ações e determinações do governo.								C8					
8. Para o controle social existir se faz necessária a participação da sociedade. Entretanto, ao participar as pessoas da comunidade demonstram conhecimento insuficiente sobre o tema saúde e mostram mais motivação em resolver problemas particulares do que atender as demandas da coletividade.	C1							C8	C9		C11		

IDÉIAS GERAIS DESVELADAS	DISCURSOS												
O CONTROLE SOCIAL (CONTINUAÇÃO)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
9. Outro fator que dificulta o exercício do controle social é a reduzida atuação do conselho em decorrência do abandono dos cargos de conselheiro.		C2											
10. As alternativas como o fortalecimento dos conselhos gestores, a experiência com o orçamento participativo, a participação dos estudantes nos conselhos e a abertura da regional de saúde à exposição dos problemas pelo conselho são facilitadores dessa prática.			C3		C5		C7	C8					

IDÉIAS GERAIS DESVELADAS	DISCURSOS												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
O CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE													
11. O conselho é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), além de uma instância que atua na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde das cidades.	C13	C14	C15	C16	C17	C18	C19	C20	C21	C22	C23	C24	C25
12. Na prática, é atribuição do conselho regional de saúde o agendamento de consultas e cirurgias conseguidas através das relações de amizade com os servidores da rede pública de saúde.		C14											
13. Os conselhos de saúde, dada a dinamicidade dos processos políticos, acabam centrando atenção aos assuntos considerados prioritários para atender as necessidades da população. De forma geral, priorizam os problemas emergentes e o foco principal é o atendimento do pronto socorro.	C13		C15		C17				C21				
14. Há falta de conhecimento e de preparo dos conselheiros e população local para o discernimento das prioridades.					C17							C24	
15. Os conselheiros representantes de trabalhadores e gestores possuem maior conhecimento das prioridades, conseqüentemente podem fornecer informações aos demais conselheiros e comunidade para discutirem e selecionarem as prioridades.													C25
16. Os assuntos mais relevantes são aqueles com maior número de citação nas reuniões do conselho.						C18							

IDÉIAS GERAIS DESVELADAS	DISCURSOS												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
O CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE (CONTINUAÇÃO)													
17. As necessidades mais emergentes da comunidade são determinadas pelos representantes de trabalhadores e apreciadas em plenária do conselho.											C23		
18. As prioridades da comunidade são determinadas após discussão e negociação do que é mais importante para a coletividade.							C19	C20					
19. A capacitação dos conselheiros é considerada uma conquista dos conselhos regionais de saúde por se concretizar na oportunidade de estabelecimento do controle social e do fortalecimento dos conselhos, tornando-os atuantes, reivindicadores e propositivos.	C1	C2	D15										
20. Os conselhos regionais de saúde não têm autonomia por não ser garantida dotação orçamentária, secretaria executiva, estrutura administrativa, infra-estrutura e quadro de pessoal pelo governo.		C14		C16			C19	C20	C21		C23	C24	
21. Os conselhos de saúde municipais atuam de forma mais efetiva que os conselhos regionais de saúde porque a liberação e autorização de qualquer recurso orçamentário são centralizadas na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Como os conselhos de saúde regionais não interferem nisso eles perdem a sua razão de ser.	C13	D14					D19	C20					
22. Há necessidade de renovação dos membros do conselho com o objetivo de formar multiplicadores.			C15										
23. A atuação dos novos conselheiros é prejudicada pela falta de ousadia em suas propostas e os conselheiros remanescentes estão desmotivados.								C20					

IDÉIAS GERAIS DESVELADAS	DISCURSOS												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
O CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE (CONTINUAÇÃO)													
24. As reuniões plenárias dos conselhos de saúde são abertas ao público e realizadas mensalmente. Quando necessário os conselheiros reúnem-se extraordinariamente.						C18	C19	C20		C22	C23		C25
25. Ocorre uma redução progressiva do número de participantes nas reuniões, principalmente dos conselheiros representantes de gestor. Assim, há uma maior predominância de representantes de usuários nas reuniões do conselho de saúde.			C15										
26. A organização de reuniões plenárias itinerantes favorece o aumento da participação da comunidade, a formação de elos de articulação entre os diversos segmentos sociais e a divulgação do conselho regional de saúde.						C18						C24	
27. As parcerias com os demais colegiados são importantes no estabelecimento de estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS em âmbito local, sobretudo devido ao aumento da complexidade da situação de vida da população.		C14		C16									C25
28. A idéia de aliança do conselho regional de saúde com os movimentos sociais.			C15										
29. A função de conselheiro é de relevância pública, esse fato deveria lhe garantir a sua dispensa do trabalho durante as reuniões, capacitações e ações específicas do conselho de saúde. Os representantes de trabalhadores e de gestores são dispensados porque pertencem ao quadro da Secretaria de saúde, entretanto os representantes de usuários que trabalham na iniciativa privada não são liberados.				C16							C23		

IDÉIAS GERAIS DESVELADAS	DISCURSOS												
O CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE (CONTINUAÇÃO)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
30. O trabalho do conselheiro é voluntário e isso possibilita que se envolvam nas atividades do conselho pessoas com real interesse em ajudar.				D16			D19	C20					C25
31. A articulação entre os conselhos regionais de saúde e com o conselho de saúde do Distrito Federal é identificada como falha, dada a importância desse intercâmbio na proposição de políticas públicas de saúde para a cidade.											C23		
32. O conselho regional de saúde estabelece ações de informação, educação e comunicação em saúde com o objetivo de divulgar as funções e competências do conselho de saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre agendas, datas e local das reuniões. E também com o objetivo instruir sobre a situação epidemiológica, os fundamentos teóricos de saúde, a situação real de funcionamento do SUS, o controle social, a organização e legislação do SUS, bem como suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.	C13	C14	C15				C18	C19	C20		C22		C25
33. As ações de informação, educação e comunicação em saúde são utilizadas como instrumentos para a redução da hostilidade da comunidade em relação à gestão da direção regional de saúde.													C25
34. Os assuntos e denúncias chegam até o conselho por meio dos conselheiros, dos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde e as decisões do conselho chegam aos diversos segmentos da comunidade mediante seus representantes no conselho de saúde.					C17			C20	C21		C23	C24	C25

IDÉIAS GERAIS DESVELADAS	DISCURSOS												
O CONSELHO REGIONAL DE SAÚDE (CONTINUAÇÃO)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
35. O conselho regional de saúde tem atuado no sentido de humanizar o atendimento médico, de reivindicar a melhora na remuneração dos profissionais da saúde e de propor políticas públicas para a saúde do trabalhador.												C24	
36. Os assuntos discutidos nas reuniões plenárias dos conselhos regionais de saúde abordam temas vinculados à saúde como as dinâmicas internas das unidades de saúde e as doenças endêmicas.						C18					C23	C24	D25
37. Há a necessidade de resgate da atuação dos conselhos regionais de saúde que até então era inexpressiva, com o objetivo de torná-los propositivos, representativos e reivindicadores.	C13	C14											C25
38. O pleno do conselho regional de saúde manifesta-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. E só busca a validação da resolução pelo Ministério Público quando esta não é homologada pelo chefe do poder constituído em um prazo de 30 dias e nem justificada pelo gestor a proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte.							C19		C21				
39. O conselho regional de saúde não tem interesse político-partidário, muito embora os políticos usufruam das conquistas do conselho com objetivo eleitoral, ao levar todo o mérito das suas ações.								C20					
40. O conselheiro sofre muito desgaste pessoal durante a resolução dos problemas de saúde por não ser visto pelos gestores como uma figura que representa os interesses de um segmento social.								C20					

IDÉIAS GERAIS DESVELADAS	DISCURSOS												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
A REPRESENTATIVIDADE													
41. As instituições e associações são frágeis porque nem sempre os seus representantes no conselho agem em conformidade com os valores acatados pelo grupo do qual eles representam.	C26												
42. As vagas de conselheiros são distribuídas em 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo.	C26			D28				C32	C33				
43. Os representantes no conselho regional de saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes. Uma vez escolhido os membros do conselho regional de saúde é realizada uma eleição entre os conselheiros que pleiteiam o cargo de presidente.					C29	C30	C31	C32	C33	C34	C35	C36	C37
44. É considerado um avanço para os conselhos regionais de saúde o cargo de presidente ser ocupado por um representante de usuário eleito pelos conselheiros por meio do voto ou por aclamação, já que historicamente o cargo era ocupado pelo diretor da regional de saúde, considerado presidente nato.	C26	C27		C28	C29	C30	C31		C33		C35	C36	C37
45. O cargo de presidente do conselho regional de saúde uma vez ocupado por um representante de usuário não sofre retaliação dos gestores, ao contrário do que ocorre quando essa função é exercida por um representante de trabalhador.							C31						
46. É incompatível o cargo de presidente do conselho regional de saúde ser ocupado por um representante de gestor, dado que uma das suas atribuições é fiscalizar o trabalho do próprio gestor.											C35		

IDÉIAS GERAIS DESVELADAS	DISCURSOS												
A REPRESENTATIVIDADE (CONTINUAÇÃO)	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
47. O cargo de conselheiro representante de usuário ocupado por agentes comunitários de saúde, lotados no Programa Saúde da Família da Secretaria de Saúde, tem como vantagem o fato de facilitar o acesso dos usuários às informações e decisões do conselho de saúde e, desvantagem o fato dos agentes trazerem problemas pessoais ao invés dos problemas da comunidade.								C32					
48. Uma vaga de gestor titular e suplente no conselho é destinada à Administração Regional, justificado pelo fato do conselho utilizar o espaço físico da administração e pela tentativa de mobilizar a comunidade.								C32					
49. Os servidores públicos são considerados representantes do governo pela comunidade porque estão na linha de frente dos atendimentos, e, conseqüentemente, a responsabilidade do funcionamento dos serviços de saúde recaem sobre eles. Dessa forma, os trabalhadores sentem-se constrangidos frente aos problemas de saúde.								C32					

IDÉIAS GERAIS DESVELADAS	DISCURSOS												
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII
O SISTEMA DE SAÚDE													
50. O Sistema Único de Saúde tem a universalidade e a gratuidade como princípios básicos e que estes se concretizam na prestação dos serviços públicos de saúde e no funcionamento dos seus programas, portanto são princípios de grande eficácia social.				C40								C47	
51. O SUS apresenta várias distorções e por isso precisa ser reestruturado pelas instâncias de discussão e de controle social.													C48
52. A proposta seria de tornar o SUS decente e de iniciar a sua conscientização nas escolas.							C42						
53. As dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde brasileiro vinculam-se à hegemonia do modelo biomédico.								C43					
54. Os problemas da área da saúde corroboram para a precariedade do sistema de saúde e prejudicam a organização interna dos serviços. Dentre tais dificuldades destacam-se as seguintes questões: dos gestores nomeados pelo governo não conhecerem a realidade local, impondo as suas propostas nunca concluídas; dos servidores desinteressados em discutir controle social e em humanizar o serviço; da falta de profissionais de saúde, de um hospital regional, de recursos materiais, de gestão e de espaço físico nas unidades de saúde; do número reduzido de vagas para as especialidades médicas e para os exames; da burocratização do acesso dos usuários aos serviços de saúde; e por fim do crescente aumento da demanda populacional.	C38	C39				C41		C43	C44	C45	C46	C47	

5 BUSCANDO COMPREENDER O FENÔMENO

5.1 Categorias Temáticas Emergidas

Ao fazer a análise nomotética buscou-se a estrutura geral do fenômeno controle social em saúde na vivência dos presidentes dos conselhos regionais de saúde do Distrito Federal que está caracterizada pelas convergências e divergências das unidades de significados interpretadas. Desta forma, foi possível obter algumas generalidades que representam os níveis de compreensão do fenômeno que resultaram da intersubjetividade do pesquisador/sujeito.

As unidades de significado interpretadas foram analisadas dentro do tema que o representava. Estas por sua vez foram destacadas em negrito e numeradas sequencialmente ao final. Utilizou-se a numeração arábica sobrescrita.

O primeiro tema, **“O Controle Social”**, revela que **a prática do controle social é muito frágil por desconhecimento da sociedade acerca: da importância do controle social, do conselho de saúde, do Sistema Único de Saúde, da organização dos serviços de saúde e da realidade epidemiológica da sua cidade.**¹ Convergem com esta proposição as seguintes unidades 1, 5, 6, 8 e 11.

(...) a prática do controle social na nossa regional nos últimos tempos tem melhorado embora ainda seja muito frágil. Frágil (...) por (...) não ter a (...) compreensão do que seja o controle social (...) é isso aí um ponto limitador, (...) torna um pouco mais difícil a participação da sociedade em participar com mais propriedade e conhecendo de fato qual é o papel da sociedade, do próprio conselheiro nesse controle social no caso da saúde.^(I-1)

O que eu vejo assim do controle social é a falta de conhecimento (...) o que falta realmente é o conhecimento, as pessoas não sabem o que é o SUS em questão até mesmo, quais são os serviços que a regional ou o hospital pode lhe oferecer entendeu, eu vejo tudo isso, é uma dificuldade para as pessoas, elas fazem muitas cobranças, mas não tem conhecimento dos seus direitos realmente (...).^(V-3)

(...), o controle social ele não existe pelo que eu entendo quem tem que fazer esse controle social pelo que consta nas normas é a comunidade, e a comunidade desconhece esse instrumento, daí esse controle na prática ele não acontece.^(XI-1)

O controle social em saúde é um fenômeno novo e encontra-se em processo de apropriação pela população. Seu conceito em saúde pública acompanha a trajetória histórica da Reforma Sanitária que culminou com a criação do SUS. O Sistema Único de Saúde iniciou-se no final do período ditatorial, legitimou-se na VIII Conferência Nacional de Saúde e foi legalizada em 1986 pela Constituição Federal. Foi regulamentada pelas leis orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990. O direito à saúde foi expresso nos princípios que regem o SUS: a universalidade, o qual se refere ao acesso de todas as pessoas aos serviços públicos de saúde; a integralidade, a qual diz respeito às ações de saúde voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde; a descentralização, onde a gestão do SUS é descentralizada do governo federal para os estados, municípios, distritos e unidades locais de saúde; a participação da comunidade, a qual pressupõe a participação dos usuários e trabalhadores da saúde nas decisões através da instituição dos canais formais de participação social (Conselhos e Conferências de Saúde)⁽³⁾.

Gaio e Faria, 2000, traz em suas reflexões que os conselhos de saúde buscam se constituir em instrumentos de participação e controle social, mas que ainda são frágeis e indica a necessidade de priorizar a capacitação dos conselheiros e de realizar alianças⁽³¹⁾. Correia, 2005 aponta a falta de conhecimento dos conselheiros como um dos fatores dificultadores da efetivação do controle social no SUS⁽³⁾.

A unidade 1 mostra que **os cursos de capacitação fornecem subsídios aos conselheiros para a participação social no planejamento das políticas públicas de saúde de forma contextualizada.**²

(...) ao longo dessa participação desses cursos, desses eventos a gente também vai se municiando de informações e informações para quem sabe no futuro breve aí no futuro não muito longe consegui realmente fazer com que a sociedade participe efetivamente do planejamento dessas políticas e que essas políticas quando forem planejadas também elas estejam a serviço da comunidade (...), isto é, (...) que elas realmente estejam contextualizadas e venham a atender a nossa comunidade.⁽¹⁻¹³⁾

É preciso priorizar a capacitação dos conselheiros e favorecer a realização de alianças no campo democrático⁽³¹⁾. A necessidade de capacitação dos conselheiros tem razões concretas devido a sua responsabilidade legal de deliberar sobre a política de saúde, a qual requer deles o acesso às informações e conhecimentos necessários para o desempenho de tais atribuições. A capacitação dos conselheiros é apenas uma contribuição para a efetivação do

controle social, dentre outras necessárias. E qualquer proposta de capacitação deve considerar a renovação dos conselheiros a cada dois anos, período de cada gestão. (3)

As unidades 2, 6 e 10 revelam que **o controle social não é eficiente por falta de investimento financeiro em recursos materiais, recursos humanos e espaço físico tanto na regional de saúde como no conselho regional de saúde.**³ As verbalizações que justificam essa proposição são:

O controle social Regional (...) falta muito a desejar é por causa de espaço físico nós não temos suficiente (...) para aquilo que nossos profissionais e nossos trabalhadores na área de saúde possam desenvolver e atender melhor a nossa comunidade (...). ^(II-1)

O controle social para ele ser realmente 100% efetivado isso demanda recursos financeiros e quem tem o recurso é o governo e ele libera a conta-gotas então para a implementação de um pleno controle social é preciso uma ação mais firme do governo mais consistente do governo dando recursos para que a população seja atendida, então a gente vê ele muito devagar, espero que o governo abra mais a torneira e solte mais dinheiro tanto para recurso humano como recurso material para realmente ter implementado esse controle social que a sociedade tanto anseia e deseja. ^(VI-14)

(...), às vezes não é tão eficiente como deveria ser, a gente tem dificuldade de recursos, de espaço, mas nós estamos atuando, visitando a cidade, (...). ^(X-1)

A unidade 2 identifica que **houve avanços no exercício do controle social como o acesso facilitado da comunidade às informações, o acesso aos documentos da Secretaria de Saúde pelos conselhos e a presença de conselheiros mais atuantes.**⁴

O controle social vem avançando aos poucos, vem engatinhando, mas ele vem avançando devidamente da tomada dos conselheiros, dos conselheiros de todos os conselhos de saúde do DF que hoje nós somos em torno (...) atuante (...) parece que tem 14 ou 15. ^(II-4)

(...) é um avanço também da gente estar sabendo as falcatruas, como esse escândalo do sangue-suga agora já é um avanço muito grande na saúde é porque a gente vivia massacrado por umas coisas que a gente não sabia, a população não tinha conhecimento e eu já tenho, a imprensa não tinha aquela liberdade hoje também tem (...). ^(II-9)

(...) o controle social a partir de agora que a gente que tem mais, vamos ter mais acesso a documentação (...). ^(II-10)

Deter a informação é dominar o poder de questionar e de propor, por isso o acesso à informação tem sido dificultado em gestões pouco transparentes. O acesso à informação é um dos componentes da capacitação dos conselheiros para o pleno exercício das suas atribuições. É comum a dificuldade de acesso dos conselhos às informações sobre os recursos financeiros e a sua compreensão, devido à utilização de termos técnicos. O acesso à informação, a fiscalização, acompanhamento e participação na definição dos gastos com saúde pelo conselho são indispensáveis para a efetivação do controle social⁽³⁾.

O controle social sobre os recursos públicos da saúde é uma prática recente e por isso um grande desafio, pois em muitos lugares é restrita aos burocratas e administradores públicos. Por último é importante ressaltar a participação do conselho na elaboração do Plano de Saúde e no seu respectivo plano de aplicação financeira, para que supere o nível fiscalizador, passando para um nível propositivo e definidor de políticas⁽³⁾.

As unidades de significado 7 e 12 retratam que **a experiência do controle social remete a discussão do modelo de gestão dos serviços e do sistema de saúde brasileiro.**⁵

O controle social, ele é desorganizado, ele não é feito, mas eu acredito que é mais sobre os trabalhadores. Está faltando o SAMU, ele não veio em tal lugar, então está faltando isso, isso e isso; os enfermeiros não vieram trabalhar. Então acho que tudo isso é gestão, e a gestão está tentando resolver. Como vou tornar a dizer, aí nós vamos ter o controle social. ^(VII-4)

Então a minha experiência hoje com o controle social ela se remete para que haja em primeiro lugar eu diria (...) que discutir o modelo de gestão que esta acontecendo hoje no sistema de saúde brasileiro, (...)? Porque não é só aplicar dinheiro não, tem saber como está sendo gerido o dinheiro e neste sentido que hoje defendo a tese de que é preciso repensar neste país a gestão e este repensar ele tem como pressuposto uma ampla discussão envolvendo as academias, os futuros médicos, futuros enfermeiros para que eles também comecem a se formar com essa consciência nova e que o controle social realmente seja forte e que o SUS muito mais forte ainda para que seja de todos e para todos, essa é a nossa luta. E a gente percebe que não a questão de botar mais dinheiro ali, que tem que botar mais remédio, não é não, é gestão. Temos que trabalhar agora e discutir gestão, para aí então dos recursos que nós temos disponibilizados gente poder saber como eles poderão ser distribuídos e os recursos aplicados. Esse é o nosso ponto de vista e a nossa experiência se remete a este tipo de questionamento, (...). ^(XII-11)

Pois na prática, a ênfase do controle social deslocou-se do âmbito da formulação para o da fiscalização das políticas e, principalmente, da gestão do sistema de saúde⁽³²⁾.

As unidades 4 e 12 desvelam que **a experiência positiva da prática do controle social está vinculada ao acesso facilitado da população aos hospitais.**⁶ Destacam-se as falas:

(...) minha experiência como conselheiro dentro do controle social tem sido muito válido até porque hoje a regional de Santa Maria está numa situação mais cômoda do que as demais regionais, nós estamos com uma obra do hospital em andamento do qual vão ter 384 leitos mais 44 em UTI e foi uma luta minha e dos demais conselheiros até porque eu me recordo que a verba da construção do hospital ficou contingenciada durante 4 anos, na época eu procurei o senador atual vice-governador do DF para que ele sensibilizasse a época o ministro Felipe Saraiva para que ele descontingenciasse a verba do hospital. Em 2005 começamos as obras, a previsão era para que o hospital tivesse um número de leitos inferior 280 e na retomada da construção da obra foram aumentados os números de leitos que hoje só perde proporcional de tamanho para o hospital de Base é o segundo maior hospital, será o segundo maior hospital do DF e com certeza o mais moderno.^(IV-2)

A questão da prática do controle social na minha regional eu poderia dizer que não tem assim tantos problemas maiores (...) até porque o Cruzeiro, Octogonal e Sudoeste a rigor é uma cidade foi criada encravada dentro do Plano Piloto e não fica distante dos grandes hospitais.^(XII-1)

Em contrapartida, nas falas de alguns presidentes é possível perceber que a prática do controle social em saúde é entendida como a concretização das diretrizes do SUS nos serviços de saúde, principalmente em relação ao acesso dos usuários à atenção básica (unidades de significado 6, 7 e 9). Isto demonstra que na teoria o controle social está atrelado ao acesso da população a atenção básica, mas que na prática o controle social é reforçado pelo modelo hospitalocêntrico.

(...) nossa prática é constantemente buscar que essa atenção básica, que o SUS seja realmente observado em todas as unidades, (...) de forma que o usuário tenha o atendimento médico com dignidade como preceitua Constituição e é neste sentido nós temos trabalhado dentro da legislação para buscar o atendimento a saúde de todos os usuários de Taguatinga.^(IX-3)

Apesar da preocupação com a mudança do modelo assistencial, a fiscalização enquanto instrumento de controle da execução da política de saúde tem priorizado o funcionamento dos serviços face às demandas por atendimento. Diante da pressão gerada pelas necessidades de atendimento às doenças e incapacidades, os conselheiros não conseguem priorizar como agenda a modificação do modelo voltado para o indivíduo, com ótica curativo-assistencial⁽³²⁾.

Os conselhos têm uma importância estratégica no processo de reestruturação da atenção à saúde, que, atualmente tem como via principal o Programa Saúde da Família (PSF). Esta reestruturação engloba questões técnicas, expectativas, demandas e comportamentos de todos os atores envolvidos na prestação da atenção, desde gestores até usuários, e implica na reformulação das relações entre esses autores⁽¹⁰⁾. Ao seguir esta lógica o controle social objetiva a efetivação do Sistema Único de Saúde e de seus princípios, entretanto, o contexto das políticas públicas brasileiras tem seguido um rumo oposto devido à adesão governamental ao capitalismo neoliberal⁽³⁾.

A realidade da atenção básica no Distrito Federal foi descrita em uma pesquisa realizada com 34 auxiliares de enfermagem que atuavam no Programa Saúde da Família, no mês de Setembro de 2001, nas cidades de Brazlândia, Ceilândia, Gama, Guará, Núcleo Bandeirante, Paranoá, Recanto das Emas, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Sobradinho, Taguatinga e Varjão. Utilizou-se a técnica de grupo focal, realizada em duas sessões com duração de 3 horas cada uma, com o objetivo de conhecer as atividades desenvolvidas cotidianamente pelo auxiliar de enfermagem, dentro da equipe da Saúde da Família, identificando facilidades e dificuldades encontradas por esse profissional, para desenvolver o seu trabalho. Nesta perspectiva foi percebido que as atividades de caráter individual, desenvolvidas pelas equipes do PSF do DF, ainda se pautam no modelo clínico de atenção à saúde. Neste sentido, os dados mostram, também, que as equipes gastam grande parte do tempo realizando atendimento individual da demanda espontânea. Certamente, contribuem para a manutenção desse modelo de atendimento pelas equipes do PSF do DF: a pressão feita pela população doente, devido às condições degradantes de vida; o perfil atual dos profissionais, cuja maioria tem uma formação centrada no modelo clínico, e ainda a insuficiência de estudos e reflexões que analisem as dificuldades enfrentadas pelo programa⁽³³⁾.

O PSF é adotado pelo Ministério da Saúde como estratégia de reorganização da atenção à saúde, partindo da mudança do modelo de atenção básica. Este programa está pautado no trabalho em equipe multiprofissional e na participação social/control social⁽³⁴⁾.

A unidade 8 revela que **o controle social vivenciado limita-se à negociação das ações e determinações do governo.**⁷

Então controle social na verdade em Recanto das Emas é mais um fórum de negociação do que de controle. ^(VIII-10)

Nosso controle aqui é feito através de negociação, muitas vezes negociamos com o Administrador Regional que muitas vezes não pode nos ajudar por não ter espaço físico, outras vezes à questão política partidária (...). ^(VIII-18)

A cidadania ativa é aquela que institui o cidadão como criador de direitos para abrir novos espaços de participação política. Os conselhos de saúde constituem-se em espaços públicos para o exercício da cidadania ativa e para o processo de negociação em torno de interesses sociais⁽³⁵⁾.

Assim como qualquer outro processo decisório, a política de saúde é resultante de um complexo jogo de negociações e confrontações entre a burocracia estatal, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesse e associações da sociedade civil⁽¹²⁾.

Há uma convergência para a idéia de que **para o controle social existir se faz necessária a participação da sociedade. Entretanto, ao participar as pessoas da comunidade demonstram conhecimento insuficiente sobre o tema saúde e mostram mais motivação em resolver problemas particulares do que atender as demandas da coletividade**⁸ nas unidades 1, 8, 9 e 11.

(...) mesmo com conhecimento ainda está sendo pouca a mobilização e a motivação dos usuários dentro do sistema saúde e a questão conselho. (...), eu tenho uma rádio comunitária, eu muitas vezes levo médico, enfermeiro ou outras pessoas a falarem da questão da saúde, a questão da segurança, mas mesmo assim as pessoas continuam sem participar aqui plenamente, participam, mas assim muito raramente sem muito conteúdo, vão para pedir em nome próprio. ^(VIII-40)

(...), a comunidade tem que estar participando exatamente até para ter o controle social. ^(IX-13)

Eu individualmente, não tenho muita força para fazer o controle social, porque é preciso que você tenha a comunidade envolvida para que tenha força para que as coisas aconteçam, mas agora eu individualmente dentro das minhas possibilidades e até aonde eu possa alcançar eu faço controle quando, por exemplo, eu vou a uma unidade de saúde e não tem um atendimento devido, daí eu costumo reclamar, procuro se tem alguma ouvidoria algum local onde o usuário possa ser atendido, assim individualmente eu procuro fazer as coisas acontecerem por aí. Agora eu entendo para que isso tenha algum efeito é preciso que o controle seja feito coletivamente para que tenha corpo e força porque eu sozinha no máximo que eu possa fazer é uma reclamação sem nenhuma possibilidade, sem nenhuma garantia de saber entendeu se aquele serviço vai ser regulado ou se vai haver uma atuação da gerência enfim sobre aquele problema, eu não tenho essa garantia, eu reclamo, mas agora se no caso a direção vai tomar alguma medida aí eu já não tenho certeza e não tenho nada que me garanta esse retorno. ^(XI-2)

Gerschman, 2004 aponta que apesar dos canais de comunicação utilizados nos conselhos municipais do Rio de Janeiro, quando pesquisados, os conselheiros representantes de usuários queixam-se muito da baixa participação da comunidade nos conselhos. Ainda que a relação entre representantes e representados aconteça via reuniões periódicas ou meios de comunicação próprios das entidades, o envolvimento das comunidades, como forma de interferir na gestão pública é baixo, dada a descrença sobre a contribuição que os conselhos podem dar para a melhoria das condições de saúde da população. Outro achado importante refere-se ao fato dos conselheiros exercerem uma função desprovida de um sentido político que ultrapasse interesses particulares e se inscreva no usufruto dos direitos de cidadania social das comunidades de origem⁽³⁵⁾.

Prata, 2004 com o objetivo de fortalecer o controle social através do incentivo à participação efetiva do usuário, propôs um projeto de reorientação do modelo de controle social estruturado na Estratégia Saúde da Família, no Conselho Municipal de Saúde de Manhuaçu, Estado de Minas Gerais. Neste projeto foram implantados Conselhos de Unidades de Saúde (COUS) nas Unidades de Saúde da Família. Neste modelo cada COUS possui um representante no Conselho Municipal de Saúde (CMS). O COUS é uma instância colegiada, paritária e deliberativa em nível local, entretanto, está subordinado ao CMS e por esse motivo deve encaminhar questões que envolvam recursos financeiros ou que impliquem ações não previstas no Plano Municipal de Saúde. Esse projeto resultou no funcionamento de 83% de Conselhos de Unidades de Saúde. Vale ressaltar que, 70% da população era atendida por

Unidades de Saúde da Família, garantindo uma melhor participação social e representatividade do conselho municipal⁽³⁶⁾.

A unidade 2 evidencia que **outro fator que dificulta o exercício do controle social é a reduzida atuação do conselho em decorrência do abandono dos cargos de conselheiro,**⁹ em contrapartida as unidades 3, 5, 7 e 8 demonstram que **as alternativas como o fortalecimento dos conselhos gestores, a experiência com o orçamento participativo, a participação dos estudantes nos conselhos e a abertura da regional de saúde à exposição dos problemas pelo conselho são facilitadores dessa prática.**¹⁰ As falas que se seguem exemplificam esta análise:

(...) essa minha vivência mais muito pouco. Pouca porque o nosso conselho não era muito participante eu lutava por fora, mas a força do conselho dentro do conselho a gente não tinha porque nós somos todos conselheiros, teve vez que ficou só eu e um gestor no conselho, o conselho praticamente acabou, o conselho de saúde do Riacho Fundo ainda não se enterrou porque eu não deixei (...). ^(II-11)

(...) a prática com o controle social foi muito mais como estudante, centro acadêmico, dentro dos diretórios, dentro da executiva nacional de estudantes que é mais uma representatividade máxima, eu que sou estudante de fisioterapia, então minha ligação com o controle social e movimento social entendendo que o movimento estudantil é movimento social a gente vem discutindo já há algum tempo algumas práticas populares assim de controle e de promoção assim de saúde, prevenção, através dos projetos de extensão da universidade, assim a minha vivência com controle social agora como conselheiro e presidente como uma situação oficial no conselho, agora que a gente está tentando agregar estudantes para o exercício nos conselhos de saúde, esse é o papel que a gente vem desenvolvendo de ter essa prioridade, de puxar esse gancho para o controle social dos conselhos de saúde. ^(III-6)

(...) o objetivo meu agora nesse mandato no conselho fortalecer e estabelecer, criar lá junto com o conselho, os conselhos gestores que na nossa regional são 12, (...) depois mostrar para esses conselheiros, o que é o hospital, a nossa regional, quais os serviços que são oferecidos, os programas que a secretaria de saúde, ela faz através da nossa regional, quais são os programas que nós temos na nossa regional, depois com a sala de situação mostrar (...) a nossa realidade de saúde de Ceilândia (...) quais são as doenças que mais atingem a nossa população, as nossas deficiências, as nossas carências (...). Então o que leva a ter conhecimento sobre isso para aí então o conselho realmente existir de fato o controle social

por que como que a gente vai exercer um controle social se a gente não tem conhecimento da nossa realidade. (...) eu agora nessa gestão de presidente do conselho se eu consegui fazer com que os conselhos gestores funcionem juntamente com o conselho regional e que as pessoas sejam informadas, tenham conhecimento do que é SUS, do que é de tudo isso que eu falei eu acho que assim nós vamos conseguir ter um controle social, mas através do conhecimento. ^(V-4)

Um caos porque agora que a gente está vendo que tem gestor que é o diretor do hospital, ele está tentando organizar, manter a ordem e a disciplina a gente vê até que é vontade dele fazer, mas só que vem de cima para baixo algumas coisas não têm, algumas coisas são difíceis, mas o que eu sinto que eu vejo, depois que ele entrou, ele chamou o conselho, conversou, nós passamos algumas coisas para ele e ele está tentando resolver porque estava um caos. A gente vê que dentro dos postos, dos centros de saúde ainda está com problema a gente sabe disso, então neça de controle social, então a gente vê que muita coisa ainda precisa arrumar, estruturar. ^(VII-1)

(...) o orçamento participativo nos ajudou muito com a questão de estarmos discutindo e levando propostas para a melhoria da qualidade de vida e quando nós colocamos a questão da humanização dos serviços como controle social dentro do controle social humanizar o serviço, nós sentimos que houve naquela fase uma melhoria no atendimento e participamos também de alguns debates na questão de água, esgoto, a energia, o transporte, nós fizemos tudo isso como orçamento participativo e como controle social. ^(VIII-11)

No tema “**O Conselho Regional de Saúde**” todas as unidades são convergentes e consideram que **o conselho é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS), além de uma instância que atua na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde das cidades.**¹¹ Essa análise encontra-se explícita nas falas dos entrevistados que fazem declarações sobre as competências do conselho de saúde:

(...) a principal função do conselho é fiscalizar a atenção a saúde pelos gestores desses trabalhadores, ver como está o atendimento a gente tem comissões também dentro do conselho que é para ficar como parceiras dentro desses órgãos para os gestores do governo tanto da área de saúde como na área administrativa, comissão do meio ambiente, nós temos comissão de comunicação, temos a nossa comissão de orçamento mais fiscalizadora. ^(VI-4)

O conselho de saúde (...) é uma instância de deliberação coletiva permanente, ele agrega a participação popular. (...) Através dos segmentos que compõem o conselho, então, agrega os trabalhadores através dos sindicatos e das suas organizações específicas, agregam os usuários através dos segmentos diversos, organização de patologias, associações de moradores, conselho comunitário, movimentos comunitários (...). ^(XII-21)

(...) o conselho de saúde, a sua função principal é discutir a melhoria da qualidade de vida, discutir controle social e também de estar levantando propostas, fazendo projetos e acompanhando o que é feito pela regional de saúde, se é gasto o dinheiro na questão saúde, se os médicos estão atendendo, se não estão atendendo e o porquê de não estar atendendo, nós temos muitas vezes respondido. ^(VIII-36)

É função dos conselhos controlar, fazer propostas e contribuir com a gestão. Os conselhos não são órgãos executivos e nem substituem o parlamento, são uma instância democrática participativa⁽³⁷⁾.

Entretanto a unidade 14 considera que, **na prática, é atribuição do conselho regional de saúde o agendamento de consultas e cirurgias conseguidas através das relações de amizade com os servidores da rede pública de saúde.**¹²

(...) a comunidade me procura, procura o posto e me procura porque acha dificilmente algum encaminhamento daqui do posto de saúde, aí me procurava porque, por causa do meu conhecimento lá fora também nos hospitais para internação, para cirurgia, então procura, procura juntamente esse pessoal lá fora também para não carregar só dentro do posto de saúde então esse meu conhecimento lá fora é muito importante (...). ^(II-12)

A cooptação de lideranças em troca de favores é apontada por Correia, 2002 como um dos fatores que dificultam a efetivação do SUS⁽⁴⁾. As instituições democráticas apresentam ainda forte clientelismo político expressado na concessão de benefícios de direito como se fossem favores pessoais, criando relações de dependência pessoal assimétrica. Esses comportamentos estão enraizados na população, principalmente nas pessoas com menor poder aquisitivo que ainda têm muitas dificuldades de acesso aos serviços públicos de saúde. Dessa forma, os conselhos assumem papel estratégico no desenvolvimento de atitudes cívicas comprometidas com os interesses da coletividade e com os direitos do cidadão⁽³⁸⁾.

Os conselhos de saúde, dada a dinamicidade dos processos políticos, acabam centrando atenção aos assuntos considerados prioritários para atender as necessidades da população. De forma geral, priorizam os problemas emergentes e o foco principal é o atendimento do pronto socorro.¹³ As unidades que compartilham tal idéia são a 13, 15, 17 e 21.

(...) ainda que tivesse um conselho totalmente organizado, totalmente cheio de conselheiros atuantes e tudo, a dinâmica do que é a própria política ela é difícil de você acompanhar tudo, na mesma hora que você está acompanhando determinada ação, outras estão acontecendo concomitantemente e o conselho não tem braços e pernas para poder alcançar tudo isso aí a gente acaba tendo que trabalhar no sentido de eleger algumas prioridades, aquilo que é mais gritante (...).^(I-15)

(...) no momento nós estamos assim com aqueles problemas mais emergentes, pronto socorro é um problema (...) na nossa regional não foram escolhidos todos os chefes dos setores, que é uma indicação política (...). Então o serviço não anda, fica travado não tem quem possa tomar as decisões, então esse é um assunto que está sendo discutido no conselho (...) a nossa comunidade que tem uma invasão, nós já fizemos visita lá os problemas são graves de saúde, falta de saneamento básico então a gente tem detectado esses problemas e a gente discute e começa a agir nessa forma de estar pedindo ajuda e cobrando de quem de direito.^(V-8)

(...), o nosso foco maior hoje é o pronto-socorro do HRT. (...), então esta parte do QUALISUS, nós estamos buscando exatamente (...) desafogar o pronto-socorro através da porta de entrada que é atenção básica (...) se nós tivermos uma rede de atenção básica naturalmente o número de pessoas que já procuram o pronto-socorro vai diminuir, então acho que nesse sentido que a gente busca uma forma de melhorar o atendimento na saúde, (...).^(IX-21)

Alguns discursos (unidades 17 e 24) retratam que **há falta de conhecimento e de preparo dos conselheiros e população local para o discernimento das prioridades.**¹⁴ Em outra fala (unidade 25) percebe-se que **os conselheiros representantes de trabalhadores e de gestores possuem maior conhecimento das prioridades, conseqüentemente podem fornecer informações aos demais conselheiros e comunidade para discutirem e selecionarem as prioridades.**¹⁵

Nós precisamos ter mais conhecimento para que a gente possa priorizar. (...) a prioridade é o emergente (...). Então pronto socorro, (...) é uma coisa que a pessoa vai com aquela necessidade, então chega lá e não encontra o médico, então ela vai para ouvidoria, vai para o conselho reclamar porque não tem o médico cardiologista ou o clínico que chegou lá. (...) mas eu creio que é muito mais que isso e a nossa luta é para que as pessoas entendam isso. Que a gente tem que priorizar a realidade como um todo. ^(V-12)

(...) esta questão de prioridades é um processo, (...). Hoje os conselhos de saúde em Brasília particularmente falo deles, eles ainda não estão devidamente preparados para ter esse discernimento que envolve estas questões. ^(XII-22)

(...), nós temos um domínio melhor do tema porque somos técnicos da área, nós temos mais condições de colocar algumas coisas que nós vimos como prioritárias, mas não é nada colocado de uma forma vertical, a gente coloca, é discutido e em conjunto a gente decide, propostas prioritárias e é assim que a coisa funciona. Tem um embasamento técnico, mas sempre com um lado também de discussão, de transversalizar o mecanismo de discussão. ^(XIII-18)

Em outro discurso **os assuntos mais relevantes são aqueles com maior número de citação nas reuniões do conselho**¹⁶ (unidade 18). Na unidade 23 **as necessidades mais emergentes da comunidade são determinadas pelos representantes de trabalhadores e apreciadas em plenária do conselho.**¹⁷ Já nas unidades 19 e 20 **as prioridades da comunidade são determinadas após discussão e negociação do que é mais importante para a coletividade.**¹⁸

Uma vez reunido o conselho, na reunião mensal a gente ouve a comunidade enumera os questionamentos, meça as prioridades e seus anseios e o conselho reuni e diz, vê, seleciona e enumera quais são aquelas prioridades mais relevantes para a gente atuar naquelas que tiveram maior número de citação. ^(VI-12)

(...), os conselheiros dos segmentos dos trabalhadores e até já com base na vivência elaboraram um documento e ali eles pautaram as necessidades assim, mais emergências da comunidade dos usuários e aquele documento nós trouxemos aqui e discutimos no âmbito do conselho de saúde e passamos para a (...) gestora já que tem que atuar e as questões eram relacionadas à questão da gerência, da administração, do atendimento (...) com relação a (...), demora em fila, médicos atendendo mal, então eram questões mais ligadas a

administração mesmo, então nós discutimos e encaminhamos o documento para a gestora, (...). ^(XI-19)

(...), nós sempre discutimos dentro da comunidade aquilo que é mais premente nós temos visto muitas vezes que as pessoas vêm aos centros de saúde com um problema pessoal e aí nós sentamos e discutimos com ela, discutimos não, negociamos com ela o que é interessante, (...), nós vamos estar negociando dentro das prioridades o que é mais importante para todos não para um só. ^(VIII-41)

Os conselheiros devem acumular conhecimentos para sua melhor atuação e fortalecimento do poder do conselho. O fato do conhecimento no campo da saúde ser tradicionalmente um saber específico, restrito aos profissionais, gera um importante diferencial em relação aos usuários que se reflete no interior do conselho. Estes ficam dependentes daqueles para exercerem efetivamente sua função e poder decisório. No entanto, as capacidades e habilidades fornecidas aos conselheiros representantes de usuários devem basear-se no perfil desejável para cada conselheiro, de acordo com as aspirações sobre a saúde de seus representados⁽⁹⁾.

Carvalho, 1995 aponta que a priorização por parte dos conselheiros é muito mais reativa a estímulos específicos como denúncias, demandas, propostas de algum segmento ou conselheiro, do que subordinada a um planejamento⁽⁶⁾.

A capacitação dos conselheiros é considerada uma conquista dos conselhos regionais de saúde por se concretizar na oportunidade de estabelecimento do controle social e do fortalecimento dos conselhos, tornando-os atuantes, reivindicadores e propositivos.¹⁹ Corroboram com essa análise as unidades 13 e 14.

(...) nós temos participado de (...) muitos eventos, eventos que certamente contribuem na própria formação, na compreensão do que seria esse controle social e da dificuldade que é a participação popular, a participação democrática na gestão e planejamento das políticas públicas e no nosso caso a política pública de saúde. ^(I-11)

(...) nós temos cursos de capacitação que é um avanço (...) capacitar os conselheiros para poder saber trabalhar e como mexer com o controle social, (...) com o pacto social, pacto da saúde (...). ^(II-8)

No entanto, a unidade 15 diverge dessa idéia porque apesar dos cursos de capacitação, os conselheiros têm uma idéia muito superficial de controle social.

(...) ainda está muito naquela idéia de apagar o fogo de alguns problemas que existem na rede aqui do Plano Piloto (...) na verdade a gente está buscando uma identidade de grupo que muita gente que está no conselho às vezes não sabe nem muito bem o que é controle social, já organizamos um curso de capacitação, junto com o conselho do DF e participamos da organização desse curso de capacitação, capacitamos alguns conselheiros, mas ainda vejo muito superficial assim a idéia de controle social, do compromisso mesmo do controle social assim, acho que ainda está muito a desejar do nosso conselho. (III-5)

As questões sobre as quais o conselho delibera, ainda que centrais à orientação do SUS, fogem a uma capacitação adequada dos conselheiros, é o que aponta Gerschman em seu estudo. Ou seja, os conselheiros não possuem nem formação política, nem a informação, nem os conhecimentos especializados necessários para agir de maneira decisiva nas deliberações do conselho. Os cursos de capacitação de conselheiros que foram desenvolvidos em convênio entre instituições de ensino e pesquisa de vários Estados visam a resolver um destes aspectos, o da capacitação técnica⁽³⁵⁾.

Um conselho com autonomia é um conselho soberano para debater e decidir em nome dos interesses da maioria. Por isso a escolha dos representantes dos conselheiros advindos da sociedade civil e sua qualificação em termos de capacitação para que atuem em pé de igualdade com os representantes da sociedade política é condição primeira para a construção da nova cultura política cidadã⁽³⁷⁾.

Os conselhos regionais de saúde não têm autonomia por não ser garantida dotação orçamentária, secretaria executiva, estrutura administrativa, infra-estrutura e quadro de pessoal pelo governo.²⁰ As unidades 14, 16, 19, 20, 21, 23 e 24 convergem com essa proposição.

Hoje os conselhos regionais funcionam numa precariedade muito grande (...) são poucos conselhos que infelizmente funcionam diferente do conselho de segurança, do conselho tutelar, do conselho de habitação porque esses conselheiros têm um incentivo, nós conselheiros de saúde não, nós somos literalmente todos voluntários, nós não recebemos incentivo nenhum pelo contrário temos mais dá, mas é por uma causa justa que a comunidade, especialmente o usuário de saúde. Nós não temos, por exemplo, um apoio de

materiais, nós não temos um corpo técnico para especificamente atender o conselho, nós não temos uma linha telefônica para que a comunidade possa fazer sugestão, reclamação ou denúncia, nós não temos uma ajuda de veículo para que se possa nos locomover aos eventos, às reuniões, às plenárias. Então assim tudo que nós fazemos hoje é através do custo individual de cada. ^(IV-7)

(...) o conselho ele é um órgão autônomo independente, mas ele não tem independência nenhuma e não tem autonomia nenhuma no que se diz respeito a finanças e assim nós temos atribuições importantes de acompanhar, de elaborar e de executar, mas nós não temos condições físicas, matérias. É aquela coisa eu te forneço o poder mais eu não te forneço os meios, o conselho é isso. Nós temos o poder, mas nós não temos como exercitar esse poder porque é assim como o Estado nos dá a norma, como tem a resolução 333 e outras leis que diz inclusive que o conselho essa condição de repasse de verba mais só que e para desenvolver as nossas atribuições, mas só que nós não temos condições físicas, não temos condições humanas. (...). Na verdade você tem o poder mais não tem condição, você tem que conviver com essa realidade: o conselho de saúde que em tese pode tudo, mas que na prática não pode nada, porque não tem os meios. ^(XI-6)

Os conselhos devem dispor de estrutura física e de pessoal administrativo para o seu funcionamento. Como esses recursos estão sob o controle do governo local, nem sempre o conselho regional consegue dispor deles, muito embora a Resolução nº 333 determine que os governos deverão garantir a autonomia dos conselhos, inclusive através de dotação orçamentária própria^(5, 9). A precariedade material em que os conselhos funcionam revela a imaturidade com que o governo percebe esse tipo de órgão público^(6, 9). O apoio administrativo e a infra-estrutura física dos conselhos não apenas dizem respeito às suas condições de funcionamento, mas também são indicadores do apoio político do gestor do SUS ao controle social e à gestão participativa^(9, 10). A falta de recursos tem causado uma estagnação política que dificulta a efetivação do controle social⁽⁹⁾.

Os conselhos de saúde municipais atuam de forma mais efetiva que os conselhos regionais de saúde porque a liberação e autorização de qualquer recurso orçamentário são centralizadas na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Como os conselhos de saúde regionais não interferem nisso eles perdem a sua razão de ser²¹ (unidades 13 e 20).

(...) um conselho regional também tem uma peculiaridade aí e uma dificuldade até porque a gente não atua assim tão efetivamente como atuam os conselhos municipais porque aqui os

gestores não necessitam necessariamente recorrerem ao conselho gestor ou ao conselho regional de saúde, por exemplo, para ter um orçamento qualquer porque ele já é centralizado na secretaria de saúde então a gente não interfere muito aí. (...) à medida que você não interfira aí não é o órgão responsável para estar assinando embaixo liberação, autorização de qualquer recurso orçamentário ou financeiro então você já perde um pouquinho da sua significância. ^(I-7)

(...) nós temos um trabalho, esse trabalho muitas vezes você negocia, nós somos mais negociadores do que controladores, você negocia com a secretaria de saúde, com a coordenação regional, com a administração. (...) na verdade fazendo não controle, mas negociando, está sendo mais uma forma de negociação, um fórum de negociação do que de controle e porque ninguém presta conta, primeiro que não existe, é não se faz compra, não se contrata, toda contratação é feita através da secretaria de saúde e quando chega aqui já chega tudo mastigado e só para você engolir, é que vem de cima para baixo, então nós temos um grande problema na Secretaria de Saúde que é a questão da descentralização, existe uma regional de saúde, mas que não tem poder político, você recebe todas as informações ou então todas as ordens vem de cima para baixo. ^(VIII-2)

Existe uma hierarquia entre conselho municipal e conselho regional. O conselho municipal ocupa uma posição superior em relação ao conselho regional, portanto, detém maior poder, e maior autonomia nas tomadas de decisões relativas à formulação de políticas. Conseqüentemente, aos conselhos regionais têm cabido a capacidade de negociação das necessidades e demandas da população local.

Stotz, 2006, em seu artigo deixa claro que embora haja interesse e tentativas de capacitação dos conselheiros para a fiscalização das políticas, sobretudo aos gastos em saúde, ainda é um tema fora do alcance dos conselhos de saúde. A regulação na saúde seja, no setor público ou privado se dá a margem das instâncias de controle social do SUS. Fica ao encargo das comissões intergestoras bipartides (secretarias municipais e estaduais) e tripartides (secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde)⁽³²⁾.

Correia, 2000 aponta que o controle social sobre os recursos públicos da saúde é um desafio para os conselheiros, tendo em vista a prática de submissão que trata os recursos como uma questão restrita à esfera de técnicos e administradores, pela questão dos instrumentos de prestação de contas serem complexos e dificultarem a sua análise e interpretação para fins

avaliativos e por último porque esse tipo de informação não são de domínio público, dependendo da vontade do gestor ou de torná-lo acessível ao conselho e população⁽¹⁴⁾.

As unidades 14 e 19 divergem da proposição citada anteriormente ao mostrar que os conselhos regionais atuantes têm participado mais ativamente dos processos decisórios.

(...) hoje o conselho já tem voz e voto porque os conselhos não tinham (...). ^(II-7)

Por que o que acontecia antigamente? Conselho não é nada, o próprio gestor, os trabalhadores, os usuários, conselho não é nada, eles mesmo diziam conselho vocês não tem direito a nada, sem direito a voz, aí a gente mostrou que não era bem assim, porque a gente tenta seguir a lei toda, a gente tenta seguir, nós fizemos curso para isso, capacitamos para isso, já para evitar esse transtorno. ^(VII-17)

A unidade de significado 15 desvela que **há necessidade de renovação dos membros do conselho com o objetivo de formar multiplicadores.**²² Já a unidade 20 aponta que **a atuação dos novos conselheiros é prejudicada pela falta de ousadia em suas propostas e os conselheiros remanescentes estão desmotivados.**²³

(...) depois dessa nova gestão mudaram alguns conselheiros, existem alguns conselheiros remanescentes, mas uma idéia de renovação do conselho, assim a gente também está buscando essa idéia de renovar os conselheiros para formar mesmo multiplicadores e a gente começar a ter uma discussão mais ampla a nível da nossa regional sobre controle social, aproximação com o conselho comunitário dos bairros, das quadras, a gente está buscando muito isso. ^(III-4)

Agora nós estamos renovando o conselho. (...) nós teremos a nossa primeira reunião com os novos conselheiros, alguns desses conselheiros já participaram da Conferência do Distrito Federal e também da pré-conferência da Região Sudoeste (...) e tiramos algumas propostas, mas enfim são propostas ainda muito mansinhas, nós não tivemos muita coisa a ser discutida porque os conselheiros estavam chegando e ao estar chegando, como não conhece, tudo o que é passado é uma grande novidade para eles, (...). ^(VIII-3)

(...) alguns conselheiros que estavam no mandato passado, (...), mas também são pessoas que precisam ser motivadas, (...). ^(VIII-4)

Stotz, 2006 explicita ainda que há nos conselhos de saúde uma tendência ao continuísmo dos mandatos dos conselheiros, tornando-os conselheiros profissionais e defende

a necessidade de mobilização dos segmentos sociais e pensar as formas de participação das pessoas oriundas desses segmentos em termos de voz e poder deliberativo⁽³²⁾.

Passa-se de uma legislatura para outra com poucas renovações sendo que alguns conselheiros se perpetuam no cargo impedindo o surgimento de novas lideranças. Isso pode ser positivo, pois são conselheiros com maior experiência, por outro lado pode dificultar a renovação e manter inalteradas as práticas discursivas do conselho⁽³⁹⁾.

As reuniões plenárias dos conselhos de saúde são abertas ao público e realizadas mensalmente. Quando necessário os conselheiros reúnem-se extraordinariamente,²⁴ como mostram as unidades 18, 19, 20, 22, 23 e 25.

(...), a nossa reunião é aberta tanto para o conselho gestor, quanto para a comunidade, então um avisa o outro, (...). ^(VII-13)

(...), nós temos uma reunião mensal, uma reunião ordinária que é agendada todo final de mês, na última quarta-feira do mês nós temos uma reunião que quando há a necessidade de informar algo mais urgente nós marcamos uma reunião extraordinária ou informamos através de cartas, de ofícios. ^(X-8)

É evidenciada na unidade 15 que gradativamente **ocorre uma redução progressiva do número de participantes nas reuniões, principalmente dos conselheiros representantes de gestor. Assim, há uma maior predominância de representantes de usuários nas reuniões do conselho de saúde.**²⁵

(...) o pessoal participou muito das reuniões, mas hoje começou a decair, assim hoje em dia não existe mais uma participação tanta dos conselheiros, (...) mas com os gestores é difícil a gente conseguir uma comunicação, não existi muitos gestores na reunião do conselho são mais mesmo os usuários (...). ^(III-1)

A predominância dos representantes de usuários nas reuniões plenárias do conselho regional de saúde acontece por esse espaço público ser eleito como arena privilegiada de sua ação política, dado que há escassez de canais institucionais abertos à participação política desse segmento⁽⁴⁰⁾.

A pesquisa realizada por Gerschman, 2004 sobre descentralização e inovações na política em saúde em municípios que alcançaram maior desenvolvimento neste setor no Estado do Rio de Janeiro, por meio de entrevistas com os representantes de usuários nos conselhos municipais de saúde, traz contribuições. Em seus resultados os usuários apresentam

queixas e ponderações sobre a baixa participação dos demais representantes por acabar comprometendo no ritmo dos trabalhos iniciados. Muitos entrevistados apontaram este como o principal impedimento para uma melhor atuação dos conselhos. A participação é valorizada pelos representantes dos usuários nas reuniões dos conselhos, ainda que esta não seja decisiva no andamento da política pública, os conselhos são tidos como um espaço para o exercício da sua cidadania. Os representantes que participam assiduamente das reuniões do conselho apresentam uma motivação pessoal, qual seja o seu compromisso com a comunidade, o interesse nas informações, ou o fato de ser ouvido pelo conselho. A função de conselheiro proporcionaria, também um lugar de privilégio e de influência social na comunidade⁽³⁵⁾.

As unidades 18 e 24 expressam que **a organização de reuniões plenárias itinerantes favorece o aumento da participação da comunidade, a formação de elos de articulação entre os diversos segmentos sociais e a divulgação do conselho regional de saúde.**²⁶

A gente reúne uma vez por mês, reunião ordinária e qualquer conselheiro pode propor uma reunião extraordinária para tratar de um tema específico e a gente sempre nas reuniões ordinárias a gente coloca a nossa pauta com dois temas para serem discutidos e levar informação às comunidades e a nossa reunião a gente faz itinerante, cada mês a gente faz em um bairro para poder atender toda a população de São Sebastião. ^(VI-5)

(...), hoje o conselho já nos últimos dois anos tem feito reuniões itinerantes para tentar se divulgar e aparecer na sociedade, (...), inclusive fizemos reuniões nos centros de saúde, para tentar criar um elo de articulações entre os trabalhadores e o próprio conselho e a gestão, então o conselho hoje é que está tentando se posicionar dentro da sociedade se tornar conhecido para a partir daí tornar-se uma referência, (...). ^(XII-24)

As unidades 14, 16 e 25 referem que **as parcerias com os demais colegiados são importantes no estabelecimento de estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS em âmbito local, sobretudo devido ao aumento da complexidade da situação de vida da população.**²⁷

(...) hoje nós temos um quadro aqui lamentável na nossa cidade que um dos maiores casos de gravidez precoce no Distrito Federal então eu tenho essa preocupação também então temos feito parcerias com a Regional de Ensino para que dentro dessa parceria nós possamos ter palestras, ter informativo para esse estudante até porque como eu volto a citar e tal o índice de gravidez precoce é muito grande e conscientizar (...) o jovem (...) hoje quase 60% do

atendimento no SAMU infelizmente é trote, podia está atendendo uma diligência e chega no local da diligência é trote podia está atendendo um caso mais grave tipo de uma precisão maior então a gente está recebendo essa parceria junto a regional essa conscientização. Doenças sexualmente transmissíveis que os jovens hoje tem tido uma vida ativa sexual muito cedo isso é preocupante também porque não só a gravidez, mas doença sexualmente transmissível então essa é a nossa preocupação hoje e dentro desse informativo a gente quer uma participação mais ampla da comunidade de Santa Maria eu tive parceria com a administração regional, com a gerência de educação, com o conselho de segurança, com o conselho ambiental então tem tido uma participação maior com o segmento da sociedade e eu priorizei no meu mandato como presidente. (IV-5)

Nós iniciamos a nossa gestão, em Abril deste ano com o enfoque muito voltado para esta questão do controle social, a nossa preocupação é fazer com que a comunidade também participasse da gestão na área da saúde, tivesse uma participação maior do que já vem tendo até então, e desde o início nós instituímos fóruns de discussão da saúde pública aqui em Planaltina, fizemos dois encontros já, em que convocamos os mais diversos segmentos sociais, lideranças comunitárias, religiosas, empresariais e políticos, lideranças comunitárias das mais diversas instituições da cidade, como a administração, conselho tutelar, os próprios membros do conselho de saúde, o pessoal ligado a área de segurança, inclui, bombeiros, polícia militar e civil, pessoal da educacional, EMATER, área rural, e juntos estudarmos a questão de saúde aqui da nossa cidade, e está sendo muito bom porque estamos avançando nesse ponto, estamos conseguindo fazer com que várias coisas sejam conquistadas dentro de um espírito de parceria e de discussão em comum dos problemas de saúde da nossa cidade. (XIII-1)

As parcerias com os diversos setores têm sua importância vinculada ao fato de que a política de saúde faz parte de inter-relações com fatores que transcendem o universo da atenção à saúde, uma vez que seus resultados dependem também de determinantes sociais, econômicos e políticos⁽¹²⁾.

Para enfrentar os problemas coletivamente, também é necessária a articulação com os demais conselhos das áreas afins. Tais articulações podem ocorrer por meio de plenárias, encontros, circulação de boletins, jornais ou reuniões periódicas inter-conselhos⁽³⁾.

A unidade 15 traz **a idéia de aliança do conselho regional de saúde com os movimentos sociais.**²⁸

(...) as nossas reuniões estão sendo direcionadas para a conferência da regional, do Distrito Federal, (...) e a gente também já fez algumas visitas no Hospital de Base, no HRAN e em alguns postos de saúde. (...) o trabalho que a gente vem fazendo com os estudantes está sendo muito interessante para agregar o estudante e começar a discutir essa prática do controle social com os estudantes, (...) e o planejamento que a gente tem feito mesmo é em cima da conferência de saúde, a busca com as práticas de movimentos sociais a gente está começando a discutir, mas não (...) tem uma ligação efetivamente assim de prática mesmo com os movimentos sociais que é um objetivo nosso a longo prazo. A gente está pensando em fazer um seminário sobre os movimentos populares, discussão sobre controle social com os estudantes, mas as reuniões ainda estão acontecendo muito só os usuários e focando muito na organização da conferência de saúde da regional Brasília e do Distrito Federal. (III-2)

Os conselhos de saúde e conferências de saúde são considerados mecanismos formais de controle social. Correia, 2005 destaca o fortalecimento dos movimentos populares e sindicais como estratégia mais importante para efetivação do controle social, por estes saírem da esfera da formalidade⁽³⁾.

A função de conselheiro é de relevância pública, esse fato deveria lhe garantir a sua dispensa do trabalho durante as reuniões, capacitações e ações específicas do conselho de saúde. Os representantes de trabalhadores e de gestores são dispensados porque pertencem ao quadro da Secretaria de saúde, entretanto os representantes de usuários que trabalham na iniciativa privada não são liberados²⁹ (unidades de significados 16 e 23).

(...) a função de conselheiro é considerada uma função de relevância pública então os funcionários, por exemplo, que compõe o conselho que nos temos aí três segmentos, gestores, servidores que são os trabalhadores mais a comunidade. Então os conselheiros dos segmentos dos trabalhadores, eles têm uma dispensa do trabalho para fazer e participar das atividades do conselho, mas isso já não acontece, por exemplo, com os conselheiros que são dos segmentos da comunidade porque muitos trabalham na iniciativa privada já não gozam dessa prerrogativa embora tenha e esteja escrito (...). (XI-8)

Diferentemente dos conselheiros do poder executivo, os representantes de usuários não dispõem da infra-estrutura relativa a transporte, disponibilidade de tempo e assessoria institucional⁽⁴¹⁾.

O trabalho do conselheiro é voluntário e isso possibilita que se envolvam nas atividades do conselho pessoas com real interesse em ajudar.³⁰ Convergem com essa proposição as seguintes unidades de significado: 20 e 25.

(...) somos pessoas que participam por prazer não por ganhar alguma coisa, até porque o trabalho de conselheiro de saúde ele é um trabalho voluntário, as pessoas que participam são voluntárias para fazer a participação (...). ^(VIII-37)

É uma forma, sendo uma opção voluntária vamos dizer assim mais fácil de conseguir adesão das pessoas no sentido de trabalharem, porque se você se voluntariamente se expôs é porque está realmente interessado em ajudar, em trabalhar até porque não existe nenhuma remuneração para nenhum dos conselheiros é uma coisa justamente gratuita, sem ônus para ninguém, nenhum órgão público, então as pessoas se dispõem a estarem presentes é porque querem realmente ajudar. ^(XIII-11)

O panorama do setor saúde na atual conjuntura apresenta vários espaços de participação social, interlocução e aprendizado cívico que envolve pessoas que lutam voluntariamente em defesa do SUS, do controle social e da saúde da população por meio dos conselhos, conferências, fóruns, câmaras setoriais e orçamentos participativos⁽¹⁾.

Outras unidades de significado (16 e 19) divergem da consideração explanada acima ao desvelar que a remuneração proveria os conselheiros de condições para participar de todas as atividades a que se propõe o conselho.

(...), infelizmente não há esse incentivo dos gestores lá na secretaria de saúde para que possa preparar melhor esses conselheiros e incentivá-los, (...). Então assim os gestores e os trabalhadores já são servidores públicos, então já tem o incentivo deles, agora os usuários infelizmente nós, pelo que eu acompanho no DF, infelizmente não funciona principalmente os usuários, não tem incentivo de ir às reuniões, não tem incentivo de ir numa reunião plenária, não tem incentivo de ir para um debate, para um seminário porque não tem ajuda nenhuma. ^(IV-9)

(...) o trabalhador ganha, o gestor ganha, o usuário não. O dia que colocar para essa emenda 29, se Deus quiser vão passar, então os conselhos vão ter condições de trabalho aí sim, aí todo mundo vai querer ser conselheiro. ^(VII-7)

A análise das duas últimas percepções permite reconhecer que em alguns discursos os presidentes são a favor e outros contra a remuneração dos conselheiros, e as falas que demonstram ser a adeptas à remuneração do cargo de conselheiro defendem sua posição ao alegar que os representantes de gestor e trabalhador possuem remuneração e dispensa do trabalho para executar as atividades do conselho de saúde, enquanto os representantes de usuário, não.

A articulação entre os conselhos regionais de saúde e com o conselho de saúde do Distrito Federal é identificada como falha, dada a importância desse intercâmbio na proposição de políticas públicas de saúde para a cidade³¹ (unidade 23).

Você tem o conselho de saúde do DF, você tem os conselhos de saúde regionais no caso das satélites e a verdade que não existe uma ligação até então entre os conselhos, (...), da conferência de saúde que teve no DF, nós fizemos a nossa aqui em duas semanas, precisamos organizar a nossa em duas semanas por problema na comunicação algo tão sério que acontece a cada quatro anos, nós não tivemos o tempo, não tivemos a condição e nem a estrutura, não nós deram nem condição material de fazer a nossa conferência e de convocar toda a nossa comunidade como tem que ser então porque é um momento que a comunidade local ela precisa refletir e analisar acerca do que está acontecendo no âmbito da saúde e avaliar e propor esse é um dos objetivos da conferência para que essas propostas elas sirvam como um norte de elaboração de políticas de saúde para aquela região então assim, em um momento como esse que é sério e importante não houve uma sintonia perfeita entre os conselhos imagina com relação às unidades de saúde. Então estou te falando acerca aqui da nossa função de atuar na elaboração das políticas, por exemplo, e não acontece infelizmente.
(XI-18)

Para enfrentar os problemas comuns os conselhos precisam se articular. Essa articulação deve ser entre conselhos de saúde da mesma esfera de governo e de diferentes esferas⁽³⁾.

É predominante a idéia de que **o conselho regional de saúde estabelece ações de informação, educação e comunicação em saúde com o objetivo de divulgar as funções e competências do conselho de saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre agendas, datas e local das reuniões. E também com o objetivo instruir sobre a situação epidemiológica, os fundamentos teóricos de saúde, a situação real de funcionamento do SUS, o controle social, a**

organização e legislação do SUS, bem como suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.³² Convergem com essa proposição as unidades 13, 14, 15, 18, 19, 20, 22 e 25.

Veja só vai ser feito um seminário dizendo para a população, como já foi feito, dizendo as prioridades, dizendo para eles o que foi feito, agora mesmo nós viemos para essa conferência, o que sair dessa conferência, nós vamos fazer documentos e colocar nos quadros de aviso, dizendo quais foram as propostas que passaram para a nacional, dizendo quem de nós que vamos sair para a nacional e também informando que a próxima reunião é terça-feira, que na próxima reunião de novembro eu gostaria da comunidade lá. (VII-19)

Através de informes nos jornais, através de discussão em nível de rádio, através dos fóruns que nós promovemos no hospital em que as coisas são divulgadas, são colocadas, através também da própria repercussão que os componentes do conselho fazem às suas respectivas comunidades, que o conselho tem gente dos mais diversos bairros. (...). Então este pessoal acaba de um jeito ou de outro levando para as suas comunidades, pelo menos é o papel que devem ter, de levar para a sua comunidade o que é discutido e o que foi decidido também. (XIII-19)

A existência de alguma forma de divulgação não significa que a população e entidades civis tenham conhecimento das decisões e discussões dos conselhos⁽¹⁰⁾.

As ações de informação, educação e comunicação em saúde são utilizadas como instrumentos para a redução da hostilidade da comunidade em relação à gestão da direção regional de saúde,³³ como revela a unidade de significado 25.

(...) nós imediatamente instituímos estes fóruns, o resultado tem sido muito bom, nós estamos conquistando o apoio da comunidade porque quando você coloca o tema saúde de uma maneira transversal em que você discute com outras pessoas da comunidade, sai do âmbito da saúde propriamente dita e passa a discutir com outros segmentos da sociedade, você de certa forma contribuiu para diminuir muito as tensões existentes em relação ao tema que normalmente a saúde principalmente na mídia é vista de forma muito negativa o enfoque muitas vezes distorcido e muitas vezes porque não há compreensão de fenômeno saúde e doença, muitas vezes você não tem por falta mesmo de conhecimento do outro lado ou por falta até mesmo de interesse em ter uma correta dimensão da questão saúde, muitos sabem vender notícias no ponto de vista da mídia, você não consegue pontuar a questão de uma

forma correta, adequada e quando você coloca em discussão junto com a comunidade os problemas da saúde, muita das tensões de hostilidade que você normalmente tem quando você gerencia a saúde no trato com a comunidade isso se dilui porque a população passa a enxergar o outro lado de uma forma menos hostil a compreender mais o processo e as dificuldades envolvidas nele. Com isso você começa a distender mais os ânimos, a entender mais o outro lado e a ver que nem sempre é culpa do profissional ou da instituição se a coisa não vai bem. A coisa muitas vezes transcende o controle e a governabilidade de quem está ali no momento no controle de um hospital, no controle de um pronto-socorro ou mesmo no controle de uma consulta, então muitas vezes a coisa não é assim tão maniqueísta, no sentido de que sempre o médico ou o diretor está de má vontade ou está errado e outro lado é que está correto, então esse processo de compartilhar a saúde em níveis de discussão contribui muito para que isso aí tenha uma atenuação, é dentro dessa proposta que a gente está indo. (XIII-2)

(...) o rádio é sempre também um mecanismo de informe muito bom que nós usamos aqui, inclusive coincidentemente semana que vem nós vamos fazer um link radiofônico da cidade em que vamos ficar por cerca de uma hora ouvindo perguntas e respondendo, abertas para a comunidade para justamente informar dentro dessa idéia que quanto mais informe, menos hostilidade, menos incompreensão, porque você está se poupando de algo. (XIII-15)

Estas duas falas foram expressas por um presidente do conselho regional de saúde que pertence ao segmento de gestor, neste caso é o próprio diretor da Regional de Saúde e percebe-se que nas descrições ele traz a possibilidade do conselho se tornar um mecanismo de legitimação do poder dominante vigente, no caso representado em sua pessoa, ao invés de ser um espaço de participação e controle social.

O conselho é um espaço em que o governo pode consolidar e ampliar a sua base de apoio junto à sociedade civil, tanto no sentido mais amplo de busca de legitimidade como no sentido mais específico do apoio político e eleitoral⁽⁴⁰⁾.

As unidades de significado 17, 20, 21, 23, 24 e 25 compartilham a idéia de que **os assuntos e denúncias chegam até o conselho por meio dos conselheiros, dos trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde e as decisões do conselho chegam aos diversos segmentos da comunidade mediante seus representantes no conselho de saúde.**³⁴

Esses assuntos podem chegar no conselho por diversas formas, levados por conselheiros ou levados pelos próprios usuários. O usuário sabe de um problema, sabe que existe um conselho de saúde que defende (...), seus interesses (...), então se ele tem um problema e acha que é gravíssimo (...), ele pode levar ao conselho essa denúncia e o conselho vai discutir isso no seu plenário. Quando isso é apresentado por escrito se cria o processo para averiguar (...) no local onde o usuário trouxe a denúncia, saber se realmente procede (...). Averigua-se, e uma vez que for procedente, o conselho delibera dirigir por via de regra um ofício ao setor competente dizendo que foi procurar e houve está denúncia para o conselho e que averiguado, como foi constatado a verdade aí o conselho agora pede providência (...). (XII-20)

(...) nós estamos sempre em contato com os gestores, os servidores dentro do hospital repercutem as decisões também em cada setor em discussões conjuntas e os usuários levam para suas comunidades respectivas, existem instâncias em discussão em nível comunitários através das associações de moradores, a própria mídia, igrejas, associações comerciais, escolas, os vários segmentos sociais que acabam recebendo os informes do que foi discutido e do que está sendo discutido. Nós estamos também na linha de informar muito a população, a cada número do jornal da cidade que sai, tem sempre notícias da saúde a gente faz questão de estar sempre presente, pontuando coisas importantes, informando principalmente, (...). (XIII-14)

Para garantir a representatividade e a organicidade entre conselho, conselheiros e os setores da sociedade que estes representam, é necessário haver uma articulação permanente. Esta articulação pode assegurar que as decisões tomadas no conselho representem os interesses da maior parte da comunidade. Entretanto, para a sua concretização é fundamental a criação de canais de articulação e participação para que o conselho e os conselheiros apreendam as demandas das entidades e da população que representam e, ao mesmo tempo, informe, divulgue as discussões e decisões tomadas pelo conselho, bem como a data, o horário, o local e a pauta das reuniões do conselho⁽³⁾.

Em estudo realizado no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Botucatu, foi analisada a participação dos conselheiros e sua representatividade. Nessa pesquisa utilizou-se a abordagem qualitativa. Destacaram-se as representações sociais sobre a participação no CMS de Botucatu, obtidas através de entrevistas com os conselheiros e a leitura das atas. A técnica de análise de conteúdo segundo Bardin foi empregada. Por fim, realizou-se a observação direta das reuniões. Os resultados mostraram que metade dos conselheiros

titulares e um terço dos suplentes comparecem às reuniões. Além de interessados, esses conselheiros trazem reivindicações ou sugestões do grupo que representam, porém nem sempre obtêm respostas satisfatórias, pois algumas decisões são tomadas fora do âmbito do conselho; percebem dificuldade de integração entre os serviços de saúde; a própria organização das reuniões dificulta a participação e, muitas vezes, a reunião apenas aprova pacotes ministeriais que devem ser implementados⁽¹¹⁾.

O conselho regional de saúde tem atuado no sentido de humanizar o atendimento médico, de reivindicar a melhora na remuneração dos profissionais da saúde e de propor políticas públicas para a saúde do trabalhador,³⁵ como mostra a unidade de significado 24.

(...) é preciso que haja também uma humanização, o médico tem que ter consciência de que o seu paciente ele tem que chamá-lo, conhecê-lo pelo nome. Isso é um o grande problema também que o médico (...) quando olha, olha de cima para baixo com superioridade e o médico é o agente do Estado, o médico é um agente do Estado, ele está ali como profissional para cumprir a sua obrigação em relação aos usuários da saúde, que não vão aos hospitais, nem unidades de saúde pedir favores, vão buscar aquilo que é o Estado de direito tem para com eles. Então essa consciência a gente tem que mudar ela também e eu tenho trabalhado neste sentido como coordenador disciplinar do conselho de saúde, (...). ^(XII-10)

Outra exigência que está muito latente neste contexto de dificuldade é o salário do profissional, o profissional tem que ser bem pago (...), então se a pessoa também não é bem remunerado e a vida não está fácil para ninguém, essa pessoa vai trabalhar levando problemas para o trabalho, (...), às vezes a gente não quer, mas a vezes os problemas são tão agudos que você sem querer está absorto com eles e isso tem influência no seu atendimento, (...) o ideal é que todos fossem para o trabalho, trabalhar com satisfação. ^(XII-8)

As unidades de significado 18, 23 e 24 desvelam que **os assuntos discutidos nas reuniões plenárias dos conselhos regionais de saúde abordam temas vinculados à saúde como as dinâmicas internas das unidades de saúde e as doenças endêmicas.**³⁶

(...) as questões assim de relação, de administração, de distribuição mesmo de pessoal você (...), termina trazendo para o conselho a gente conversa, faz os encaminhamentos necessários e termina resolvendo, mas também se discuti a cerca da elaboração das políticas, de como a regional lida com o surgimento de doenças porque você tem um processo que faz pesquisas,

que faz os levantamentos, você tem atendimento diário e dali você vai desenhando situações, epidemias, fatos que ocorrem com muita frequência, por exemplo, gravidez na adolescência então isso são dados que precisam ser considerados no caso pela regional porque são situações que se formam e é preciso que no caso a regional elabore políticas, ações para coibir essas ocorrências, (...). Isso a gente discute também na conferencia e também a gente faz solicitações a cerca de execução financeira de obras, (...). ^(XI-12)

Os assuntos discutidos no conselho são os mais diversos possíveis. Todos os assuntos que dizem respeito à questão da saúde eles devem ir para o conselho, todos, sobre tudo aqueles que envolvem atendimento, recursos, aplicabilidade de recursos, medicamentos, distribuição de medicamentos e como diria estrutura e funcionamento das unidades de saúde, como está se dando o atendimento de saúde, como está marcando exame, quanto tempo que está levando para marcar uma consulta, então esses problemas todos são agendas que devem ir para o conselho. ^(XII-18)

Em contrapartida a unidade 25 diverge ao mostrar que os assuntos devem se restringir a questões de saúde que tenham alcance social e que não compete aos conselhos regionais de saúde interferir nos assuntos de ordem técnica e nas dinâmicas internas dos serviços de saúde.

Os assuntos discutidos no conselho são sempre assuntos que dizem respeito a questão da saúde na comunidade (...), assuntos principalmente de ordem técnica ou mesmo de dinâmicas internas próprias do hospital ou dos centros de saúde que não interessa ao conselho discutir nem é da sua alçada, esses assuntos a gente não discute, mas os assuntos que tem um alcance mais social que interessam a todos que estão discutindo ali ou seja usuários, ou seja servidor, seja gestor estes assuntos normalmente são colocados em pauta. ^(XIII-12)

As falas dos entrevistados revelam que **há a necessidade de resgate da atuação dos conselhos regionais de saúde que até então era inexpressiva, com o objetivo de torná-los propositivos, representativos e reivindicadores**³⁷ (unidades de significado 13, 14 e 25).

(...) desde 94 que já existe aqui o conselho regional instituído. Agora em 2005 eu iniciei minha participação diretamente é na reestruturação do conselho porque ele vinha parado desde então (...). ^(I-4)

(...) é isso que a gente está tentando modificar neste paradigma de atuação dele, fazer ele mais participativo, mais atuante, mais propositivo e reivindicador também, muitas coisas precisam ser reivindicadas fora do âmbito de Planaltina em nível mais central, em nível de

GDF e o conselho de saúde ele pode ser esse veículo para isso, um elemento de controle social mais forte. ^(XIII-9)

O pleno do conselho regional de saúde manifesta-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. E só busca a validação da resolução pelo Ministério Público quando esta não é homologada pelo chefe do poder constituído em um prazo de 30 dias e nem justificada pelo gestor a proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte³⁸ (unidades de significado 19 e 21). As falas que se seguem expressam isso:

Nós quando fomos para a televisão não foi caso nem da gente querer ir, nós fomos ao Ministério Público relatar alguns problemas que a gente já tinha discutido várias vezes tinham as macas, as pessoas chegavam para ser atendidas, não tinha colchão, (...), mas precisando de computador e cento e dezoito computadores dentro do almoxarifado. Aí cama tudo sem o colchão e fomos pegando outras coisas. Então quando a gente chega a tomar uma providência, mas a gente já foi até quem de direito. ^(VII-10)

O usuário é o mais freqüente, porque é o que está na linha da frente, o que precisa dos serviços (...), então ele vem reclamar ao conselho o problema e às vezes, os trabalhadores também têm problema nos seus setores, acabam comunicando ao conselho também, a gente sempre trata isso dentro do conselho, cria uma estrutura, cria sindicâncias, cria comissões para tratar do assunto e comunica a gestão, comunica ao secretário, comunica ao Ministério Público tudo no sentido de sempre buscar o atendimento a saúde e a qualidade de saúde para o usuário. ^(IX-16)

O caráter deliberativo do conselho é restrito considerando-se que as deliberações para ter valor legal, dependem da homologação do titular do respectivo executivo⁽⁶⁾.

O conselho pode recorrer ao Ministério Público para exigir o cumprimento do direito à saúde; ao Tribunal de Contas, diante de irregularidades e ilegalidades contra o patrimônio público; à Comissão de Seguridade Social do Congresso Nacional, das Assembléias Legislativas e das Câmaras Municipais, diante de qualquer irregularidade no setor da saúde causada por uma autoridade pública ou por um órgão público; e à Promotoria dos Direitos do Consumidor (Procon) diante do mau atendimento nos postos de saúde e hospitais, e das condições precárias de funcionamento dos serviços de saúde⁽³⁾.

A unidade de significado 20 deixa claro que **o conselho regional de saúde não tem interesse político-partidário, muito embora os políticos usufruam das conquistas do conselho com objetivo eleitoral, ao levar todo o mérito das suas ações.**³⁹

(...) na hora quando você constrói alguma coisa, que você tem alguma conquista os políticos aparecem, sempre dizendo que foram eles que fizeram. (...), tudo que é conseguido através do conselho de saúde os políticos levam o mérito de dizer que foram eles que conquistaram. (VIII-47)

Apesar do conselho regional de saúde procurar atender os interesses da coletividade e não os interesses político-partidários entende-se que a presença do papel político e da inserção em algum tipo de militância que sustente e que respalde a atuação do conselheiro é necessária para a efetivação do seu papel, na qualidade de representante do conselho⁽³⁵⁾.

O pertencimento a associações da sociedade civil e a filiação partidária estão associados à presença de certa motivação para a ação política, além das habilidades políticas específicas adquiridas nessas experiências, constituindo-se, portanto, como um importante indicador da presença dessa condição subjetiva. É o que demonstra o trabalho de Fuks, 2005 ao estudar o comportamento político dos diversos setores no processo decisório do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba⁽⁴⁰⁾.

O conselheiro sofre muito desgaste pessoal durante a resolução dos problemas de saúde por não ser visto pelos gestores como uma figura que representa os interesses de um segmento social,⁴⁰ é o que desvela a unidade de significado número 20.

(...) nós tivemos um grande problema que é a questão do acesso, (...) foi feita uma reunião onde se colocou a necessidade de facilitar o acesso e é uma coisa que estava acontecendo, era uma questão do desrespeito a essa diretriz do SUS e nós viemos a resolver o problema, só que com isso nos causou problema e um desgaste pessoal que pareceu mais um atrito entre pessoas do que entre um conselho de saúde que não tem questão partidária e que não tem também vontade de resolver só aquilo que lhes interessa, mas de negociar a resolução dos problemas advindos das necessidades do usuário. (VIII-31)

Ressalta-se como fundamental no processo de fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária a efetiva participação da sociedade civil, sendo mecanismos importantes dessa resistência os Conselhos e Conferências de saúde concebidos como espaços de tensão entre interesses contraditórios na luta por melhores condições de vida e saúde⁽⁴²⁾.

Em relação ao tema “A Representatividade” algumas proposições são desveladas. Uma delas refere-se à seguinte situação: **as instituições e associações são frágeis porque nem sempre os seus representantes no conselho agem em conformidade com os valores acatados pelo grupo do qual eles representam,**⁴¹ como exposto na unidade de significado 26.

(...) tem uma dificuldade que da forma como é representada as instituições e as associações ainda assim elas são frágeis (...). Você tem um representante, mas a representatividade dele não é tão legítima, ela é legal porque foi escolhido, foi eleito (...), mas a legitimidade nem sempre é atestada.⁽¹⁻²⁾

Esta fragilidade cerceia a democracia, uma vez que a representação institucional nos conselhos de saúde do movimento popular na figura do conselheiro não consegue levar as informações da comunidade para o conselho.

Fato semelhante é apontado no estudo de Guizardi e Pinheiro, 2006 ao analisar a experiência de participação de um movimento popular (pastoral da saúde) em Conselhos de Saúde (dois municipais e um estadual) e a sua relação com o poder executivo através de entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave e grupos focais com agentes de pastoral. Nos conselhos pesquisados a legitimidade da argumentação técnico-científica tende a impor o silêncio às experiências populares e a desautorizar o posicionamento de seus representantes, ao colocar-se como requisito ao diálogo. A desigualdade das distintas inserções não se limita apenas ao saber formal, marcando, por exemplo, as condições materiais do exercício político incumbido. Diferentemente dos conselheiros do poder executivo, os representantes dos usuários não dispõem da infra-estrutura relativa a transporte, disponibilidade de tempo e assessoria institucional. Os conselheiros foram consoantes ao indicar que não logram representar sua instituição nesse espaço. Eles afirmam sentir-se isolados, não conseguindo levar as informações da comunidade para o conselho. A maioria disse sentir-se presença individual, e não institucional, no conselho. Assim, os conselhos perdem potência como territórios democráticos e de constituição comum das políticas públicas⁽⁴¹⁾.

Pode-se afirmar que o resultado para a legitimidade dos conselhos se amplia quanto maior for o vínculo do conselheiro com sua população eleitoral e quanto mais orgânico for este vínculo. Embora não sejam eleitos como representantes da maioria da população, a legitimidade dos membros do conselho decorre de sua estreita vinculação com a sociedade,

por intermédios das entidades representadas e do processo de interlocução que estas desenvolvem ou podem vir a desenvolver com a população⁽³⁵⁾.

Os conselhos representam uma importante inovação institucional na gestão das políticas sociais, neste sentido são canais de participação mais expressivos da emergência de um novo regime de ação pública no plano local, caracterizados pela abertura de novos padrões de interação entre governo e sociedade em torno da definição de políticas sociais⁽⁴³⁾.

A questão da paridade na composição dos conselhos regionais de saúde é predominante nas falas dos entrevistados. **As vagas de conselheiros são distribuídas em 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores de saúde e 25% de representação de governo.**⁴² As unidades de significado 26, 32 e 33 convergem com essa idéia.

(...) nossa composição é hoje (...) de 20 conselheiros titulares e 20 suplentes respeitando a paridade, onde há aí 50% de usuários ou 10 conselheiros, 25% de gestores, 5 gestores e 5 trabalhadores dos outros 25%, respeitando então a paridade conforme está na resolução 333 (...).^(I-5)

O conselho hoje é estruturado com uma paridade conforme manda a Resolução 333, de 50% dos usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores.^(IX-8)

Entretanto, a unidade de significado 28 apresenta uma visão distorcida sobre a questão da paridade. Porque ao reconhecer os conselheiros representantes de gestor e de trabalhador como pertencentes à mesma instituição, no caso a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, um dos presidentes rejeita em sua fala a proporção de usuários frente ao número de trabalhadores e gestores, por considerar mais justo que o número de representantes de usuários seja maior que o somatório dos cargos destinados aos outros dois segmentos em discussão. Já na Resolução 333 a paridade significa a oportunidade de igualdade numérica de participação.

(...) hoje a proporcionalidade do conselho são 12 titulares e 12 suplentes dentro da proporcionalidade, como proporcionalidade? 6 usuários comunidade, 6 suplentes comunidade, 3 trabalhadores e 3 suplentes da saúde, 3 gestores e 3 suplentes. Então assim os gestores e os trabalhadores já são servidores públicos, (...).^(IV-8)

Os representantes no conselho regional de saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus

fóruns próprios e independentes. Uma vez escolhido os membros do conselho regional de saúde é realizada uma eleição entre os conselheiros que pleiteiam o cargo de presidente,⁴³ como revelam as unidades de significado 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 e 37.

Para compor um conselho tem que se abrir um processo eleitoral. E o primeiro passo desse processo se constitui uma comissão que vai divulgar esse edital junto às entidades que tem interesse de participar do conselho, então faz o levantamento das entidades que existem na sua localidade, no caso do Cruzeiro tem que ver a associação dos moradores, associação de pais e professores que nós temos no caso um representante lá dentro do conselho, outras entidades da sociedade brasileira que estão devidamente organizadas. (...) Que tenha um estatuto e que este estatuto esteja reconhecido no fórum local só assim essa entidade pode se credenciar a mandar um representante para o conselho. Não pode ser qualquer entidade (...). Então divulga esse edital nas entidades e cada entidade é convidada a indicar um titular e um suplente para representar aquele segmento, esse segmento se apresenta do usuário, os trabalhadores pelo seu sindicato das suas organizações, os gestores entre eles gestores e os usuários pelas entidades da sociedade organizada, movimentos comunitários e por aí a fora, os conselhos comunitários. Isso feito se marca um dia para a reunião e se reúnem então os usuários com os usuários, trabalhadores com trabalhadores e gestores com gestores e vão escolher os conselheiros, quem vai ser o titular para compor aquele conselho, usuários dentro dos usuários de acordo com o número. O conselho de dezesseis pessoas como é o nosso, nós temos oito usuários, quatro trabalhadores e quatro gestores, são dezesseis não é isso, então sempre igualdade. Então isso feito o conselho está devidamente composto para funcionar, convoca-se uma reunião ordinária para eleger o presidente e o vice ou a mesa diretora. ^(XII-16)

Gerschman, 2004 em seus estudos apresenta ainda que a escolha dos usuários para participar nos conselhos municipais de saúde é realizada, em geral, por meio de indicações e eleições em assembléias gerais, nas sedes das Associações de Moradores e entidades religiosas e comunitárias a serem representadas⁽³⁵⁾.

É considerado um avanço para os conselhos regionais de saúde o cargo de presidente ser ocupado por um representante de usuário eleito pelos conselheiros por meio do voto ou por aclamação, já que historicamente o cargo era ocupado pelo diretor da regional de saúde, considerado presidente nato.⁴⁴ Convergem com tal proposição as unidades de significado 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 36 e 37.

(...) nós temos conseguido um avanço interessante e que é de sempre nos últimos mandatos sempre foi um representante usuário que foi eleito, (...). ^(I-9)

(...) eu estou no meu segundo mandato de conselheiro, fui eleito no primeiro mandato de 2003-2005, o segundo mandato da gestão 2005-2007 fui eleito pela maioria presidente (...).
(IV-1)

A unidade de significado 31 mostra que **o cargo de presidente do conselho regional de saúde uma vez ocupado por um representante de usuário não sofre retaliação dos gestores, ao contrário do que ocorre quando essa função é exercida por um representante de trabalhador.**⁴⁵

O que a gente ouvia falar de outras gestões era o seguinte eu principalmente acompanhei a outra gestão, era o seguinte, fulano que eram os dois meninos que trabalhavam com a gente, que são trabalhadores, eles vão ser fritados, eles continuam a ser assim que eles vão ser fritados, quer dizer não podia fazer com a gente como usuário, mas queriam fazer com ele, (...). ^(VII-11)

Os trabalhadores que se insurgem contra o gestor sofrem retaliações diretas ou indiretas ou, ao contrário, quando se alinham ao gestor, são recompensados. Estas duas situações são deletérias ao exercício do controle social⁽³⁹⁾.

Um dos presidentes entrevistados refere que **é incompatível o cargo de presidente do conselho regional de saúde ser ocupado por um representante de gestor, dado que uma das suas atribuições é fiscalizar o trabalho do próprio gestor**⁴⁶ (unidade de significado interpretada número 35).

(...), nós na verdade temos procurado organizar o conselho que até então ele não estava organizado e inclusive quem era a presidente do conselho de saúde era a diretora da regional, então como que a diretora da regional como gestora vai fiscalizar seus próprios atos e isso é uma das suas atribuições do conselho, então como que você diretora assume ser presidente do conselho e direção da regional. ^(XI-3)

Há falas que revelam que **o cargo de conselheiro representante de usuário ocupado por agentes comunitários de saúde, lotados no Programa Saúde da Família da Secretaria de Saúde, tem como vantagem o fato de facilitar o acesso dos usuários às informações e decisões do conselho de saúde e, desvantagem o fato dos agentes trazerem**

problemas pessoais ao invés dos problemas da comunidade.⁴⁷ É o que mostra a unidade de significado 32.

(...) na verdade também nós colocamos alguns trabalhadores que são do PSF para representar os usuários porque os usuários alguns deles que participaram vieram muito mais para falar em nome próprio para estar pedindo para resolver um problema pessoal do que um problema da comunidade. ^(VIII-5)

Outra evidência exposta pela unidade de significado 32 refere-se à questão de que **uma vaga de gestor titular e suplente no conselho é destinada à Administração Regional, justificado pelo fato do conselho utilizar o espaço físico da administração e pela tentativa de mobilizar a comunidade.**⁴⁸

Nós temos um conselho composto de 24 conselheiros, 12 titulares, 12 suplentes. 50% desses conselheiros são usuários, os outros 25% trabalhadores e 25% gestores e prestadores de serviço, com uma especificidade importante que no nosso regimento nós colocamos que a Administração Regional até por trabalharmos dentro do espaço físico da Administração Regional nós concedemos uma vaga de titular e uma de suplente aos conselheiros gestores na Cidade de Recanto para a gente tentar mobilizar a comunidade e fazer com que o conselho realmente tivesse respaldo. ^(VIII-17)

Segundo a Resolução nº 0001/95 do Conselho de Saúde do Distrito Federal deverá ser garantido pelo menos uma vaga para o representante da Administração Regional na condição de representante de prestador de serviço de saúde, mesmo que seja na suplência⁽¹³⁾.

Os servidores públicos são considerados representantes do governo pela comunidade porque estão na linha de frente dos atendimentos, e, conseqüentemente, a responsabilidade do funcionamento dos serviços de saúde recaem sobre eles. Dessa forma, os trabalhadores sentem-se constrangidos frente aos problemas de saúde,⁴⁹ como desvela a unidade de significado 32.

(...), nós dizemos muito não para as pessoas que nos procuram e ficamos assim constrangidos de sermos governo, porque quem está aqui dentro querendo ou não, votando ou não no governo que está aí, ele faz parte do sistema, então nós somos os representantes do governo na cidade e muitas vezes para dizer não, dizer que não temos a tomografia (...) você não sabe dizer se o médico vai ou não vai para a consulta e muitas vezes conseguimos marcar consulta e especialidade de dermatologia para Planaltina, a pessoa vai gastar em torno de 12 reais

para ir a Planaltina e voltar, e quando ela chega lá o médico não foi. Isso é muito prejudicial para a nossa comunidade que é carente. ^(VIII-27)

O tema representação é muito controverso e ainda se buscam mecanismos para alcançar uma paridade igualitária entre os segmentos, bem como a idoneidade dos representantes. Como a denominação usuário é vaga, surgem falsificações na representação, causando efeitos negativos, tanto em termos da democracia interna quanto em relação à legitimidade do conselho⁽³⁸⁾. Verifica-se que não só o termo usuário está exposto a variadas denominações, como também o termo gestor.

O tema “Sistema de Saúde” revela que **o Sistema Único de Saúde tem a universalidade e a gratuidade como princípios básicos e que estes se concretizam na prestação dos serviços públicos de saúde e no funcionamento dos seus programas, portanto são princípios de grande eficácia social**⁵⁰ (unidade de significado 40 e 47).

(...) foi o primeiro regional de saúde a ter o atendimento 24 horas, temos hoje dois centros de saúde, 4 postos de saúde, temos o programa agente de saúde funcionando, então dentro do meu controle, os princípios básicos do controle social, do SUS é a universalidade e a gratuidade que é o princípio básico de saúde. Temos o grupo de hipertensos, temos o grupo de diabete, trabalhamos com o grupo de idosos (...). ^(IV-3)

(...) os princípios que norteiam o SUS são princípios que a gente não pode negar, são de uma eficácia social muito grande, o princípio da universalidade (...), o princípio da equidade que resguarda o acesso, que visa garantir o acesso, da descentralização, (...). ^(XII-5)

A institucionalização do SUS e de seus princípios, por si só, não foi suficiente para a sua implementação de fato. Apesar dos avanços no processo de descentralização da saúde, que fazem com que os municípios assumam cada vez mais a sua gestão, a base estrutural do SUS tem sido corroída devido à nova configuração geopolítica mundial neoliberal⁽³⁾.

No entanto, **o SUS apresenta várias distorções e por isso precisa ser reestruturado pelas instâncias de discussão e de controle social**⁵¹ (unidade de significado 48).

(...) o SUS (...), ao longo do tempo ele foi se deteriorando como idéia, hoje em dia o sistema está com várias distorções, (...). Precisando ser reestruturado, ser repensado, para que muita coisa seja reformulada daí a importância do controle social, das instâncias de discussão que seriam cada vez mais fortalecidas, onde entram os conselhos, discussões de nível de

conferência também, seja conferência regional, seja conferência distrital, seja conferência nacional, porque são maneiras de se repensar o SUS e aí o controle social em cima disso aí é fundamental para que a coisa avance cada vez mais. (XIII-20)

O cenário de crise que as políticas de saúde do Brasil enfrentam no contexto do capitalismo global, em que a ameaça de transformar saúde em mercadoria põe em risco os ideários do SUS, e diante da pulverização do controle social idealizado, cabe refletir sobre a redefinição do papel do Estado a partir do fortalecimento da sociedade civil. Este se daria por meio da politicidade do cuidado expressa pelo triado emancipatório do cuidar (conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar), onde as categorias do conhecimento poder e emancipação aparecem como possibilidades reconstrutivas de subjetividades espoliadas pelo capitalismo. Por basear-se em princípios democráticos, esta tese constitui-se em possibilidade para o combate às desigualdades sociais e desafio para a cidadania ativa⁽⁴⁴⁾.

A proposta seria de tornar o SUS decente e de iniciar a sua conscientização nas escolas,⁵² como mostra a unidade 42.

(...) o que nós vamos fazer é enfatizar isso e dizer que nós queremos o SUS decente. Eu gostei de uma proposta que veio até dos alunos que o SUS as crianças têm que aprender na escola, (...) eu vou levar isso para a nossa comunidade (...), pedir aos professores, direção da escola que diga para as crianças o que é o SUS, nós vamos passar aquele filme do SUS nas escolas, (...) para fazer a conscientização do SUS. (VII-20)

Um dos presidentes entrevistados revela que **as dificuldades enfrentadas pelo sistema de saúde brasileiro vinculam-se à hegemonia do modelo biomédico,**⁵³ como revela a unidade de significado 43.

(...) quando se fala em saúde no Distrito Federal ou no Brasil, não se fala, nos outros da equipe, só se fala do médico. Contratar mais médico, mais médico, mais médico, mas esse é o pior dos nossos problemas, que não adianta ter médico, sem ter enfermeira, sem ter auxiliar, técnico de enfermagem e tem que ter o agente administrativo. (VIII-44)

Justamente porque o panorama de atenção à saúde no Brasil nos remete à hegemonia de um modelo de atenção médico-privatista que incorporou a lógica do mercado e um modelo sanitário movido a campanhas e programas verticalizados⁽³⁾.

A Reforma Sanitária através da implantação do SUS possibilitou o acesso das camadas populares aos serviços de saúde, antes excluídas do sistema previdenciário. Entretanto, há uma tendência ao universalismo excludente, onde se observa o sucateamento dos serviços públicos de saúde e a perda da qualidade e a procura das camadas média e alta aos serviços de saúde privados⁽⁴⁵⁾.

As unidades 38, 39, 41, 43, 44, 45, 46 e 47 são convergentes ao considerar que **os problemas da área da saúde corroboram para a precariedade do sistema de saúde e prejudicam a organização interna dos serviços. Dentre tais dificuldades destacam-se as seguintes questões: dos gestores nomeados pelo governo não conhecerem a realidade local, impondo as suas propostas nunca concluídas; dos servidores desinteressados em discutir controle social e em humanizar o serviço; da falta de profissionais de saúde, de um hospital regional, de recursos materiais, de gestão e de espaço físico nas unidades de saúde; do número reduzido de vagas para as especialidades médicas e para os exames; da burocratização do acesso dos usuários aos serviços de saúde; e por fim do crescente aumento da demanda populacional.**⁵⁴

Nós estamos vendo hoje que a carência de material, a carência de profissional tem prejudicado e muito o nosso atendimento. ^(VIII-23)

(...) falta recurso, falta gestão, a gente tem cobrado muito isso e faltam pessoas tanto da área técnica, na área administrativa, como médicos mesmos e enfermeiros, na verdade a população tem reclamado muito, fala que tem falta de pessoas tanto na área médica e administrativa, área técnica e enfim a população busca sempre o atendimento e às vezes não encontra e às vezes o gestor reclama, dizendo que não tem pessoal. O trabalhador reclama de que tem pessoal às vezes, mas não tem estrutura e não tem condição para poder exercer a sua atividade e aí vai, a gente vai buscando de forma a adequar a situação que existe (...), buscando apertar o gestor para poder ter mais atitude profissional, com mais energia na condução da gestão, (...). ^(IX-22)

(...) o nosso centro de saúde, (...), não dá vazão as necessidades da cidade, a comunidade tem uma demanda que os centros de saúde não consegue atender, bem como o espaço físico, o atendimento clínico também está deixando muito a desejar, nós estamos com dificuldade com relação a isso. O centro de saúde, por exemplo, não tem uma área, uma sala de espera para os pacientes, (...). ^(X-2)

A própria estrutura da secretaria de saúde, da regional de saúde é uma estrutura defasada que não atende nem as necessidades primeiras (...). (XI-14)

A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil, com a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação tende a debilitar os espaços de representação coletiva e controle social⁽⁴²⁾.

As unidades 43 e 47 evidenciam que **outro problema relacionado à área da saúde refere-se à regulação em saúde (processo de regulação das ações de atenção e assistência à saúde baseada nas necessidades e demandas por saúde com o objetivo de facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde de forma equânime, universal e gratuita, direcionando o investimento dos recursos de forma eficiente e eficaz) que serviria para disciplinar as ações dos profissionais da saúde, principalmente no que diz respeito ao cumprimento da carga horária, no entanto não acontece de forma efetiva no Brasil.**⁵⁵ As falas que se seguem expõem esse problema.

Nós temos um outro problema que é um dos mais sérios que é a questão da regulação, a regulação não funciona isso porque para marcar tomografia computadorizada você necessita ter cartão do SUS, cartão de saúde, você precisa pegar documento em três vias assinado pelo médico e nós não conseguimos ainda ser adivinhos para saber o que o médico escreveu o que ele quer com os pedidos que eles nos mandam, (...). (VIII-25)

(...) hoje o grande problema, o grande gargalo da saúde no Brasil, não é em Brasília, é no Brasil é exatamente porque, eu hoje posso dizer assim, o problema da regulação ela não está acontecendo com eficácia em todos os Estados brasileiros e o que é essa regulação? A regulação vem exatamente disciplinar as ações dos profissionais da saúde, enfermeiros, sobretudo enfermeiros e médicos, para que cumpram as suas cargas horárias, então define a consulta nas áreas de oftalmologia, na área de odontologia, endocrinologia e por aí a fora, diversas especialidades. Os médicos têm que cumprir os seus horários, então hoje o que acontece, é que o médico tem quarenta horas e ele não cumpre quarenta horas. (...), não vai ter atendimento eficaz, vai ficar gente sem atender ou se for atender essa pessoa ficará esperando o dia todo para ser atendida, como eu já tenho constatado aqui nos hospitais de Brasília esse tipo de coisa, então eu já estou convencido de que o problema para se corrigir isso, o sistema, o secretário de saúde tem que exigir dos médicos o cumprimento das quarenta horas ou vinte horas, conforme seja o seu contrato. E havendo essa disciplina,

havendo esse comprometimento do profissional da saúde com o atendimento que ele tem que dar no hospital ou em qualquer unidade de saúde, isso vai melhorar. ^(XII-6)

A regulação assistencial da Secretaria de Saúde do Distrito Federal é um programa do Ministério da Saúde, e que através da informatização procura garantir o acesso dos usuários do SUS aos serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade. Foi implantado no Distrito Federal, em outubro de 2005, logo é um serviço recente e que pressupõe a identificação exata da necessidade do usuário, a análise da demanda, o dimensionamento coerente da oferta baseado no conjunto da rede prestadora, a adoção de procedimentos de saúde baseados em evidências e avaliações econômicas, o planejamento do trajeto assistencial, o acesso qualificado e resolutivo dos usuários aos serviços, o controle inteligente dos recursos físicos, financeiros e humanos, o monitoramento do pós-cuidado, e por fim, o ingresso de mecanismos ajustados de auditoria e ouvidoria⁽⁴⁶⁾. Entretanto, a regulação assistencial não tem sido eficiente, pois não tem resolvido os problemas de saúde de média e alta complexidade, a partir da atenção básica.

Em relação ao mesmo tema a unidade 47 mostra que **o tratamento dispensado pelos médicos às pessoas de menor poder aquisitivo não é humanizado.**⁵⁶

O que a gente verifica que há um desrespeito, (...), as pessoas de menos posse, as pessoas que não tem ninguém por elas ou então se é um coitado ou uma pessoa que vem da periferia ainda há esse ranço de prepotência de alguns médicos de tratar essas pessoas achando que eles são superiores as pessoas, como se as pessoas tivessem no hospital para pedir favores, não é dessa forma, a partir do momento que houve uma consciência que está expressa na Constituição Federal, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, isso tem que ser revisto (...). ^(XII-7)

A necessidade de humanizar a atenção à saúde é decorrente da observação de que a prática clínica tradicional foi estruturada pela dimensão da patologia e pelos diversos fatores a ela relacionados. Nessa perspectiva vigora a idéia de autonomia da doença sobre o sujeito humano, uma supervalorização do corpo biológico e da desatenção para as experiências sociais e culturais do adoecer e do cuidado. Por esses motivos é que no ano de 2003 foi instituída a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde (PNH) ou projeto de humanização no SUS, conhecido por HumanizaSUS, que atravessa os diversos setores no exercício do trabalho em saúde, caracterizando-se com uma proposta transversal. Na PNH, o termo humanização, engloba: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no

processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores); o fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; o aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos⁽⁴⁷⁾.

A proposta do HumanizaSUS resgata os princípios e diretrizes da construção do SUS, contidos nas leis e atos regulamentadores, tais como assistência integral, universalidade, hierarquização e regionalização de serviços, além do controle social. Essa orientação se conforma à noção de que a presença dos usuários nas decisões do aparelho de Estado, exercendo o controle social, constitui um dos modos mais eficazes para garantir a implementação de medidas que possam efetivar a humanização dos serviços de saúde⁽⁴⁸⁾.

As propostas de humanização em saúde suscitam repensar o processo de formação dos profissionais, por estar centrado no aprendizado técnico, racional e individualizado⁽⁴⁷⁾.

A falta de um programa de saúde do trabalhador que contemple os servidores públicos da secretaria de saúde constitui-se em um dos fatores que contribuem para a precariedade do sistema de saúde,⁵⁷ como indica a unidade de significado 47.

(...) o sistema deve rever, exatamente como é que está sendo dada a assistência ao trabalhador da saúde? Como é que esse trabalhador da saúde está sendo tratado em seu ambiente de trabalho? Ele está tendo o Estado, o sistema está tendo o cuidado de atendê-lo regularmente em relação aos problemas da sua saúde? O sistema está lembrando que este servidor é um ser humano e que também às vezes está doente? Doente de preocupação, doente porque o salário não está dando, enfim uma série de outros problemas que podem estar ocasionando doenças. Então hoje me parece e eu estou convencido de que outro problema que contribui para a precariedade dessa saúde é que própria gente da saúde não está sendo atendido ou que não existe um programa de atendimento para o trabalhador da saúde. ^(XII-9)

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle social em saúde desvelado a partir da vivência dos presidentes dos conselhos regionais de saúde do DF indica que o controle social em saúde ainda é bastante frágil, o que tem refletido em um funcionamento ineficaz dos serviços de saúde. Desvelou-se que contribuem para tal fragilidade, principalmente, o desconhecimento da população, a falta de preparo dos conselheiros para atuação mais efetiva, e infra-estrutura administrativa e operacional. Todavia, revelou-se que a prática do controle social se constrói no exercício diário.

A discussão, proposição, deliberação, acompanhamento, avaliação e fiscalização da implementação das políticas públicas de saúde pelos conselhos é um processo de edificação árduo e que impõe uma série de condições dentre as quais foram desveladas:

- a necessidade de conhecimento da organização do Sistema Único de Saúde, da legislação do SUS, das políticas de saúde, orçamento e financiamento, da situação epidemiológica local, das necessidades de saúde da população, da situação real de funcionamento dos serviços do SUS, das atividades e competências do conselho, dentre outras;
- a indispensabilidade da autonomia dos conselhos regionais de saúde para o seu pleno funcionamento, com dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa operacional;
- o acesso do conselho regional de saúde à elaboração dos planos de saúde e aos relatórios de prestação de contas, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada e a participação social.

Os conselhos regionais de saúde se encontram em processo de construção da sua atuação, por se constituírem em experiências recentes, permeadas de avanços e retrocessos. A realidade captada permite perceber que historicamente eram inexpressivos e que na atualidade os conselheiros têm vislumbrado a possibilidade de tornarem-se mais propositivos.

É possível perceber a atuação solitária de alguns conselheiros, mas extremamente motivada e comprometida com a melhoria das condições de saúde da população.

Outros achados desvelados indicam que a atuação do conselho regional de saúde na formulação de políticas públicas em saúde é bastante limitada, sobretudo porque geralmente essas decisões são tomadas pelo nível central, ou seja, o conselho Distrital de Saúde.

Ademais, revelou-se que o conselho regional tem tomado como sua principal atribuição o atendimento das demandas prioritárias da população como agendamento de consultas, cirurgias, e outros procedimentos de maior complexidade, mediante atividade clientelista, a qual deveria ser condenada pelos conselheiros, pois nada contribuem para o desenvolvimento de atitudes cívicas a serem incorporadas pela sociedade.

Revelou-se que os conselheiros representantes de gestor e de trabalhador por possuírem conhecimento técnico acerca do tema saúde costumam delinear as prioridades de saúde da comunidade, já que estas, muitas vezes, por não possuir domínio técnico restringem a apresentação de suas necessidades de saúde.

Em relação ainda ao delineamento das prioridades, desvelou-se que a dificuldade de discernimento da comunidade na determinação das prioridades, bem como a pressão gerada por ela na resolução dos problemas emergenciais focalizados no atendimento do pronto socorro dos Hospitais, tem reproduzido o modelo hospitalocêntrico. Sobretudo no diz respeito, ao empenho dos conselheiros na construção de hospitais nas regionais de saúde do DF, e também ao relacionar a facilidade de concretização do controle social à presença de hospitais.

Estas questões descaracterizam o SUS e trazem um paradoxo, pois os conselhos regionais de saúde, por meio do controle social e da atenção básica, têm como função fortalecer o SUS e não promover o seu desmonte.

É possível identificar que a participação da comunidade nos conselhos regionais de saúde é pequena e quando ocorre é com o intuito de pedir em nome próprio. Assim, os conselhos são subutilizados pela comunidade que não tem noção da dimensão das atribuições do conselho e do seu poder na determinação das políticas públicas locais de saúde. Na verdade, a participação do cidadão comum nos conselhos no Brasil ainda se caracteriza como uma novidade.

Por sua vez, os conselheiros demonstram pouco conhecimento sobre o sistema de saúde (organização e situação real), legislação do SUS, situação epidemiológica, políticas de saúde, orçamento e financiamento, controle social, atividades e competências do conselho.

Tendo em vista que os cursos de capacitação são escassos e não conseguem desenvolver as competências e habilidades exigidas pela função de conselheiro.

Foi revelado que a articulação dos conselhos regionais de saúde com o conselho Distrital de Saúde é bastante falha. Nessa direção percebeu-se que é fundamental a articulação do conselho regional com os demais conselhos e outros setores da comunidade na busca de soluções das complexas e dinâmicas necessidades de saúde da população que vive nas regionais de saúde do DF.

Apesar das dificuldades, os achados revelam que a participação dos conselheiros representantes de usuários é predominante no cotidiano dos conselhos regionais de saúde do DF. A sua atuação voluntária é motivada pelo interesse em ajudar a melhorar as condições de saúde da população que vive nas regionais do DF. Entretanto, a questão da remuneração financeira dos conselheiros foi cogitada por alguns presidentes, reforçando a idéia de mercantilização dos serviços públicos de saúde. As instâncias de controle social em saúde representam um grande avanço em termos de democracia, por oportunizar a participação popular na formulação das políticas públicas, na determinação da aplicação dos gastos em saúde, na fiscalização dos serviços de saúde e no acompanhamento do impacto destes na qualidade de vida da população. A vinculação salarial torna o cargo de conselheiro vulnerável à corrupção e exposto a pessoas sem o real interesse e compromisso em atuar a favor da coletividade.

Os assuntos discutidos nas reuniões plenárias do conselho têm sua pauta elaborada com a participação dos conselheiros. Os temas abordados podem influenciar direta ou indiretamente a questão saúde, pois os depoimentos demonstram que são discutidos tanto os assuntos de saúde de maior amplitude social como também as dinâmicas internas dos serviços de saúde. No entanto, um presidente se manifestou contra a exposição das dinâmicas internas dos serviços de saúde nas reuniões plenárias do conselho. É importante lembrar, que um dos papéis do conselho de saúde é fiscalizar os serviços de saúde, e ao impedir o acesso às informações sobre as dinâmicas internas, dificulta-se a sua atuação e o exercício do controle social. Assim, a população fica exposta a uma série de irregularidades caso elas existam.

Revelou-se que o papel dos conselhos regionais de saúde não se limita à determinação e fiscalização das políticas públicas de saúde da cidade, mas também ao estabelecimento de ações de informação, educação e comunicação em saúde. A comunidade consciente do seu papel e com embasamento teórico se torna o sujeito das mudanças, podendo contribuir

consideravelmente para a melhoria dos serviços de saúde por meio do controle social. Contudo, as ações de informação são também utilizadas como meios de diminuir a hostilidade entre a comunidade e o gestor, ou seja, podem servir para legitimar o poder vigente, ao aumentar sua base de apoio.

Os achados revelam ainda a necessidade de aliança entre os conselhos regionais e os movimentos sociais, pois estes se refletem no poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da saúde.

As falas revelam a tentativa de se manter um distanciamento entre os conselheiros e o associativismo partidário, como se este pudesse ser deletério a atuação dos conselheiros. Na verdade é o contrário, a sustentação política dos conselheiros é que respalda a sua atuação.

A dispensa do trabalho para que os conselheiros participem das atividades do conselho foi ressaltada como um dos impeditivos para o pleno funcionamento dos conselhos, principalmente para os conselheiros que trabalham na iniciativa privada. Isto demonstra a falta de amadurecimento político das instituições privadas e de compromisso social.

Outro tema revelado pelos conselheiros regionais de saúde trata da questão da representatividade. A resolução nº 333, do conselho nacional de saúde de 2004, busca corrigir essas distorções ao instituir a paridade entre os segmentos representantes (gestores, prestadores e trabalhadores 50% e usuários 50%), nos conselhos de saúde, contudo, na prática, existe grande fragilidade nessa representação, principalmente do segmento dos usuários. Ocorre a falta de interação mais intensa e contínua entre os representantes e a instituição representada, além destas serem frágeis. A renovação dos membros do conselho é vista como positiva por formar multiplicadores e por oportunizar o exercício da função de conselheiro a outras pessoas motivadas.

Em relação ao tema sistema de saúde foi desvelada a precariedade do sistema público de saúde, as distorções sofridas pelo SUS ao longo dos anos, a falta de uma política de saúde do trabalhador e a dificuldade de implementação da política de humanização nos serviços de saúde, bem como a necessidade de reestruturação do SUS pelas instâncias de controle social e da melhoria da gestão dos serviços de saúde, residindo aí a importância estratégica dos conselhos regionais de saúde.

Todas estas questões, frutos dos resultados apreendidos das vivências dos presidentes dos conselhos regionais de saúde, instigam a reflexão da prática do controle social em saúde,

o qual se constitui em um processo de construção e fortalecimento do SUS. Nesse sentido, o conselho regional de saúde deve ser visto como um espaço para o exercício desse controle e que se bem utilizado é capaz de gerar mudanças e corrigir as distorções do sistema de saúde e de promover a conscientização política da comunidade.

Em síntese, o exercício do controle social nos conselhos regionais de saúde é um fenômeno relativamente novo. Os conselhos regionais de saúde do Distrito Federal se apresentam como um espaço de escuta importante das demandas da população devido a sua representatividade local e muito embora tenham um poder decisório reduzido, constituem-se em um fórum de ampla negociação.

Dessa forma, os achados indicam a necessidade de potencializar a atuação dos conselhos regionais de saúde no controle social em saúde por meio: do fortalecimento e expansão da capacidade de negociação dos conselhos; da criação de estratégias de fiscalização da gestão dos serviços de saúde; do estímulo à participação da comunidade local nas reuniões (reuniões itinerantes e divulgação); e da criação de mecanismos de articulação entre os conselhos, seja pela internet, reuniões e outros meios de comunicação disponíveis.

É válido ressaltar que o alcance proporcionado por este estudo rumo ao desvelamento do fenômeno em questão não se configura como verdade absoluta. Ao contrário, possibilita o florescimento de novas questões.

Ao final deste trabalho, percebo que este estudo me proporcionou desvelar algumas facetas do fenômeno que busquei apreender, ampliando a minha compreensão acerca das vivências imediatas desses presidentes, mas ao lado dessas conquistas, emergem outras interrogações, já que o fenômeno pode ser visto sob diferentes perspectivas, assumindo uma multiplicidade de sentidos ao longo da historicidade do existir humano.

7 REFERÊNCIAS

1. Labra ME. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: Lima NT, editor. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz (org.); 2005. p. 353-383.
2. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. 2. atual. ed. Brasília (DF); 2003.
3. Correia MVC. Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
4. Correia MVC. Que controle social na política de assistência social? Serviço Social e Sociedade, ano XXIII 2002 nov;72:119-44.
5. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde. 2 ed. Brasília (DF); 2006.
6. Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FASE/IBAM; 1995.
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS. Brasília (DF); 2006.
8. Brasil. Resolução n. 33 de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Brasil; 1992.
9. Costa AM, Noronha JC. Controle Social na Saúde: construindo a Gestão Participativa. Saúde em Debate 2003 set-dez; 27(65):358-63.
10. Stralen CJ. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em Municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Ciência e Saúde Coletiva 2006;11(3):621-32.
11. Morita I, Guimarães JFC, Di Muzio BP. A Participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema? Saúde e Sociedade 2006 jan-abr; 15(1):49-57.
12. Silva IF, Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. Caderno de Saúde Pública 2001 jan-fev;17(1):161-70.
13. Brasília (Capital). Resolução n. 0001/95 do Conselho de Saúde do Distrito Federal, de 7 de março de 1995. Aprova as diretrizes para constituição e instalação dos Conselhos Regionais de Saúde. Diário Oficial do Distrito Federal n. 55, Brasília, 20 mar.1995. Seção 2, p. 23/24.
14. Correia MVC. Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.
15. Martins J, Bicudo MAV. A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos. 3 ed. São Paulo: Centauro; 2003.

16. Moreira DA. O método fenomenológico na pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson; 2002.
17. Husserl E. A crise da humanidade européia e a filosofia. Porto Alegre: EDIPUCRS; 1996.
18. Kreutz I. O trabalho em equipe em enfermagem. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1993.
19. Coltro A. A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. Caderno de Pesquisas em Administração 2000 1º trim.;1(11):37-45.
20. Martinelli ML. A fenomenologia: uma tentativa de compreensão. Coleção temas sociais. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais - CBCISS; 1987.
21. Martins J, Boemer MR, Ferraz CA. A fenomenologia como alternativa metodológica para pesquisa: algumas considerações. Revista Escola de Enfermagem da USP 1990 abr;24(1):139-47.
22. Forghieri YC. Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2004.
23. Dartigues A. O que é a fenomenologia? 9 ed. São Paulo: Centauro; 2005.
24. Governo do Distrito Federal (DF). Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central - CODEPLAN. Distrito Federal Síntese de Informações Socioeconômicas. Brasília (DF); 2006.
25. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Contagem da População 2007. Rio de Janeiro; 2007.
26. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Planejamento, Coordenação e Parcerias do Distrito Federal- SEPLAN. Subsecretaria de Estatística e Informações. Companhia de Desenvolvimento do Planalto Central- CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios- PDAD.; 2004.
27. DETRAN (DF). Estatística de frota de veículos. Brasília (DF); 2004.
28. CODEPLAN (DF). Pesquisa Domiciliar Transporte. Brasília (DF); 2000.
29. Boemer MR. Empatia: proposta de abordagem fenomenológica. Rev Esc Enf USP 1984;18(1):23-9.
30. Boemer MR. A condução de estudos segundo a metodologia de investigação fenomenológica. Rev Latino-am Enfermagem 1994 jan;2(1):83-94.
31. Gaio TC, Faria EM. Cidadania, participação e controle social: requisitos para efetivar o SUS- reflexões. Texto e Contexto em Enfermagem 2000 maio-ago;9(2):264-73.
32. Stotz EN. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. Saúde em Debate 2006 maio-dez;30(73/74):149-60.
33. Shimizu HE, Dytz JL, Moura AS. A Prática do Auxiliar de Enfermagem do Programa Saúde da Família. Rev Latino-am Enfermagem 2004 set-out;12(5):713-20.

34. Crevelim MA, Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? *Ciência e Saúde Coletiva* 2005;10(2):323-31.
35. Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Caderno de Saúde Pública* 2004 nov-dez;20(6):1670-81.
36. Prata L, Garcia ALA, Leitão CA, Henrique MM. Conselho de Unidade de Saúde: uma estratégia de fortalecimento do controle social no município de Manhuaçu (MG). *Divulgação em Saúde para Debate* 2004 mar;(30):107-11.
37. Gohn MG. Os conselhos municipais e a gestão urbana. In: Santos Junior OA, Azevedo S, Ribeiro LCQ, editors. *Governança democrática e poder local*. Rio e Janeiro: Revan; 2004. p. 57-93.
38. Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2002;7(3):537-47.
39. Oliveira VC. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, editors. *Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social*. Brasil: Ministério da Saúde; 2007.
40. Fuks M. Participação e influência política no Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. *Revista de Sociologia e Política* 2005 nov;(25):47-61.
41. Guizardi FL, Pinheiro R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006;11(3):797-805.
42. Bravo MIS. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. In: Bravo MIS, Pereira PAP, editors. *Política social e democracia*. São Paulo; Rio de Janeiro: Cortez, UERJ; 2007.
43. Santos Junior OA, Azevedo S, Ribeiro LCQ. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In: Santos Junior OAS, Azevedo S, Ribeiro LCQ, editors. *Governança democrática e poder local*. Rio de Janeiro: Revan; 2004. p.11-56.
44. Pires MRGM, Demo P. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade* 2006 maio-ago;15(2):56-71.
45. Faveret Filho P, Oliveira PJA. *A Universalização Excludente: reflexões sobre a tendência do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Uerj/IEI; 1989.
46. Camargos CN, Prado CCL, Assis WF, Merçon JR. Regulação assistencial e a sociedade do conhecimento: o caso do Distrito Federal. *Comunicação em Ciência da Saúde* 2006;17(4):303-8.
47. Souza WS, Moreira MCN. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface: Comunicação Saúde Educação* 2008 abr-jun;12(25):327-38.
48. Fortes PAC. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade* 2004 set-dez;13(3):30-5.

ANEXOS

Anexo1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: A percepção dos presidentes dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal acerca do controle social em saúde. O nosso objetivo é conhecer a organização e funcionamento dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal e analisar as percepções dos presidentes quanto ao papel e a atuação do Conselho Regional de Saúde em relação ao controle social. Pretendemos com isso apreender a essência do fenômeno controle social através dos relatos da pessoa que o vivencia. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação se dará através de uma entrevista com perguntas abertas a respeito da sua prática em relação ao controle social. A entrevista será gravada e transcrita integralmente para posterior análise. Informamos que a senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal e podendo inclusive ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora.

Dúvidas e esclarecimentos favor entrar em contato com a(o) pesquisador(a) pelo telefone: 34479164 ou celular 81187979, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF – Fone: 61-3325-49955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável, nome e assinatura:

Brasília, ____ de _____ de 2007

AMS/CEP/SES-DF

Anexo2 – Entrevista

Perguntas abertas norteadoras

- 1- Como você percebe a prática do controle social na sua Regional?
- 2- Fale sobre a sua vivência em relação à prática do controle social:

Roteiro de entrevista

- 3- Como funciona o conselho?
- 4- Desde de quando funciona?
- 5- Como são escolhidas as pessoas que fazem parte do conselho, inclusive você?
- 6- Fale-me sobre os assuntos discutidos no conselho:
- 7- Como esses assuntos chegam até o conselho?
- 8- De que forma os representantes levam os processos decisórios para os seus segmentos?
- 9- Fale-me sobre as principais funções do conselho?
- 10- Como são eleitas as prioridades da população?
- 11- De que forma a população acompanha os processos decisórios?