

## Conselhos de saúde e regionalização em saúde

Advice on health and health regionalization

Consejos de salud y regionalización en salud

André Luis Alves de QUEVEDO<sup>1</sup>, Rita Maria HECK<sup>2</sup>, Vanda Maria da Rosa JARDIM<sup>3</sup>

### RESUMO

O artigo objetiva apresentar questionamentos sobre os conselhos de saúde e a Regionalização em saúde, através da experiência de um Conselho Regional de Saúde do Sul do Brasil. Na metodologia empregou-se a análise documental de atas ordinárias do Conselho estudado, referente aos anos 2004, 2005, 2009 e 2010. Utilizou-se ainda entrevistas qualitativas semiestruturadas com cinco sujeitos. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e julho de 2010. O método empregado para a análise dos dados foi a análise temática. Os resultados apontam a experiência do Conselho Regional estudado como produtiva, no sentido de ampliação do Controle Social e da Participação Popular, no âmbito regional. Percebeu-se que a influência política da gestão foi fundamental para a estruturação/desestruturação do Conselho Regional de Saúde, estudado. Aponta-se para fins conclusivos, a necessidade de ampliação desses fóruns democráticos, a fim de contribuir com a construção de políticas públicas de saúde mais solidárias e responsáveis com as necessidades da população.

**Descritores:** Conselhos de saúde; Regionalização; Políticas de controle social; Participação comunitária; Políticas públicas de saúde.

### ABSTRACT

*The article presents questions about the health advice and regionalization in health through the experience of a Regional Health Council of Southern Brazil. In the methodology were used the document analysis of ordinary minutes of the Council studied for the years 2004, 2005, 2009 and 2010. It was also used semistructured qualitative interviews with five subjects. Data collection occurred between June and July 2010. The method used for data analysis was thematic analysis. The results point to the experience of the Regional Council studied as productive, to expand the Social Control and Public Participation in the regional context. It was felt that the political influence of management was fundamental to the structure / disruption of the Regional Council of Health studied. Suggestions are conclusive for the need to expand these democratic forums to contribute to building public health policies more supportive and responsible to the needs of the population.*

**Descriptors:** Health councils; Regional health planning; Social control policies; Consumer participation; Health public policy.

### RESUMEN

*El artículo presenta preguntas acerca de los consejos de salud y la regionalización de la salud, a través de la experiencia de un Consejo Regional de Salud en el sur de Brasil. En la metodología se utilizó el análisis documental de las actas del consejo ordinario, de los años 2004, 2005, 2009 y 2010. También se realizó entrevistas semiestructuradas cualitativa con cinco sujetos. Los datos fueron recogidos entre junio y julio de 2010. El método utilizado para el análisis de los datos fue la análisis temática. Los resultados apuntan a la experiencia del Consejo Regional estudiado productiva en el sentido de ampliar el control social y la participación popular a nivel regional. Se observó que la influencia política de gestión fue decisiva en la estructuración / desestructuración del Consejo Regional de Salud, de estudio. Como un final concluyente, trae-se la necesidad de ampliar estos espacios democráticos con el fin de contribuir a la construcción de políticas de salud pública más solidaria y responsable a las necesidades de la población.*

**Descriptores:** Consejos de salud; Regionalización; Políticas de control social; Participación comunitária; Políticas públicas de salud.

<sup>1</sup> Enfermeiro. Residente em Atenção Básica em Saúde Coletiva - Enfermagem - do Programa de Residência Integrada em Saúde, da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. E-mail: andrequevedo\_sls@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Departamento de Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

## INTRODUÇÃO

O conceito de regionalização está intrínseco ao conceito de região, e seu emprego tem ganhado um significado plural, uma vez que diversos estudiosos, de diferentes áreas

(geógrafos, historiadores, sociólogos, economistas, demógrafos, antropólogos, cientistas políticos e urbanistas), adicionam diversificadas significações de acordo com seus interesses disciplinares.<sup>1:38</sup>

Revisando a literatura percebe-se que a problematização sobre a regionalização dos conselhos de saúde é pouco presente nas publicações. Apesar do Ministério da Saúde/Brasil já mencionar esse espaço de legitimação da política pública de saúde para a Participação Popular e o Controle Social pouco se lê e se escreve sobre essa temática. Sendo assim, urge a necessidade de ampliar o debate sobre os Conselhos Regionais de Saúde.

Falar de regionalização em saúde, na política do Sistema Único de Saúde, nos remete à normatização presente nas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001, 01/2002, e nas Normas Operacionais Básicas (NOB) 93 e 96.

Fazendo um breve resgate constata-se que a regionalização da saúde foi uma proposta que acompanhou a descentralização do Sistema Único de Saúde brasileiro. Uma das primeiras orientações para a regionalização e descentralização foi invocada na Constituição Brasileira de 1988, no artigo 198. Mas segundo alguns autores a efetivação em projetos políticos institucionais da viabilização dessas propostas só ocorreu com a Norma Operacional da Saúde (NOB) 93, 96 e com as Normas Operacionais da Saúde (NOAS) 2001/01 e 2002/01.<sup>2,3</sup>

Analisando o discurso sobre regionalização presente na Norma Operacional da Saúde (NOB) 93, 96 e na Norma Operacional da Saúde (NOAS) 01/2001 percebe-se que o processo de reorientação da gestão do SUS entre 1992 e 2002 oscilou entre a descentralização e a centralização.<sup>2</sup> Nos textos das normatizações percebe-se um jogo de poder “entre grupos municipalistas mais “radicais” e grupos que defendem um “federalismo” na reestruturação da distribuição de poder no processo de construção do sistema [de saúde]”.<sup>2:154</sup>

Aponta-se a NOAS 01/2002 como um processo de “ordenamento político” que não visava construir uma real autonomia dos municípios e seus consórcios. E, ressalta-se que para a concretização da regionalização é preciso construir outras formas de administrar e gerir o sistema de saúde, valorizando as múltiplas diversidades e diferenças existentes no território brasileiro.<sup>3</sup>

Dessa forma, traz-se que, para efetivar a regionalização faz-se necessário entendê-la como um espaço de troca de solidariedade entre municípios que se unem para um processo de permuta de experiências, e estreitamento/alargamento de fronteiras na busca da construção de um projeto de saúde que responda à responsabilidade sanitária do Estado, de cada profissional de saúde e as demandas do processo saúde-doença de cada cidadão, adscrito por uma região de saúde.

Uma síntese reconhecida pelo Ministério da Saúde/Brasil, sobre a regionalização, é apresentada no documento intitulado “Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento”.<sup>4</sup> No texto lê-se que “a regionalização está prevista como diretriz do SUS desde a Constituição Federal. Entretanto, nos primeiros movimentos de implantação do SUS, houve foco acentuado na descentralização e na municipalização dos serviços e da gestão”.<sup>4:7</sup>

Segue abordando a relevância da Constituição Brasileira de 1988, artigo 198, e da Lei Orgânica da Saúde, lei 8080/1990, mas afirma que somente “a partir das normas operacionais a organização dos serviços e da gestão municipal assume relevância, e a regionalização é abordada gradualmente”.<sup>4:7</sup>

Sobre a regionalização e os conselhos de saúde tem-se que, politicamente após a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 começou-se a dar importância para a participação da população, enquanto cidadãos políticos ativos, no direcionamento do financiamento, planejamento e fiscalização das ações em saúde, bem como dos recursos alocados para esse campo. Houve uma aposta da parte do governo que as políticas poderiam tornar-se mais próximas às necessidades da população à medida que esta fosse incluída nos processos decisórios. “Afinal, quem melhor do que a própria população para conhecer os problemas que a afetam ou saber a qualidade dos serviços que está recebendo?”<sup>5:78</sup>

Ao se analisar a modificação do conceito de cidadania, pós-período ditadura, traz-se que a participação social é inserida no cenário político, como uma forma adjacente de responsabilizar os sujeitos da administração da máquina estatal.<sup>6</sup> Tal concepção teórica ajuda-nos a pensar sobre a hipótese de que a Participação Popular ao participar do processo de tomada de decisão, pode tornar-se o Controle Social, atendendo uma prescrição burocrática do interesse institucional, e assim acabar por perder seu sentido inicial de construção cidadã.

Essa reflexão ajuda-nos a pensar, no âmbito da saúde pública, sobre a reorganização da Participação Popular e dos movimentos sociais, com a institucionalização do Controle Social. Após históricas reivindicações de reestruturação da política de saúde brasileira, como a 8ª Conferência

Nacional de Saúde<sup>7</sup>, entre outras, questiona-se como foi possível chegar-se a uma Participação Popular, por vezes, organizada e delimitada através do Controle Social; ou seja, como o institucional pode ter se sobreposto ao social, mudando o paradigma fortemente instalado, na saúde, no final da década de 70, e subsequentes décadas 80 e 90.

Retomando o documento desenvolvido a partir da 8ª Conferência de Saúde (1986)<sup>7</sup>, percebe-se que nos primórdios da construção do Sistema Único de Saúde e do Controle Social, se objetivava uma Participação Popular nas diversas instâncias de organização social, ou seja, em todos os espaços em que a vida acontece; onde as pessoas desenvolvem suas relações. Assim, os conselhos de saúde seriam organizados de maior a menor complexidade estrutural conforme a figura 1.

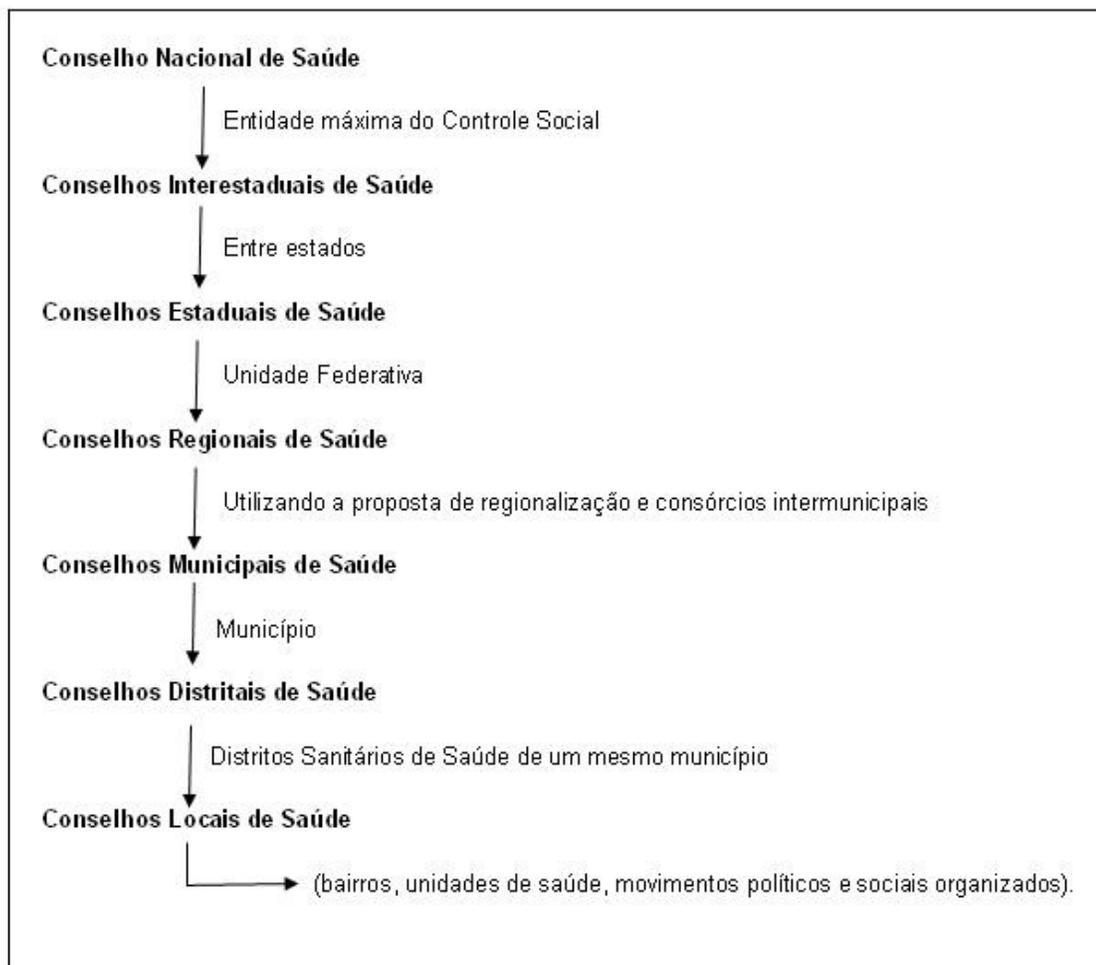


Figura 1 - Estruturação organizativa dos Conselhos de Saúde no território brasileiro, 2010.

Mas, nos documentos ministeriais poucos excertos oficiais discutem sobre os Conselhos Regionais de Saúde. Um texto onde há uma citação desses fóruns de participação é a Resolução no 333/2003<sup>3</sup>, onde lê-se que “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”.<sup>8:4</sup>

Assim após vinte anos da promulgação das Leis Orgânicas da Saúde 8080/1990 e 8142/1990; e considerando a ampliação da descentralização e regionalização da saúde, percebe-se que os Conselhos Regionais de Saúde não estão estabelecidos e divulgados nas políticas públicas de saúde. Logo, se

existem experiências inovadoras de articulação desses fóruns de Controle Social e Participação Popular faz-se necessário a discussão, divulgação e ampliação dessas propostas.

A partir dessas perspectivas pretende-se pensar na magnitude dos Conselhos Regionais de Saúde para a organização das ações em saúde dos municípios e regiões de saúde, bem como para o Controle Social e a Participação Popular. Assim, este trabalho objetiva apresentar questionamentos sobre os conselhos de saúde e a Regionalização da Saúde, através da experiência de um Conselho Regional de Saúde do Sul do Brasil.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa empírica, do tipo exploratória, descritiva realizada em um Conselho Regional de Saúde da Região Sul do Brasil. Utilizou-se a técnica de análise documental que foi aliada às informações-chaves de cinco sujeitos, os quais responderam uma entrevista semi-estruturada.<sup>9</sup> Os sujeitos foram selecionados a partir dos seguintes critérios: primeiro e atual presidente do referido Conselho Regional de Saúde, e um representante dos respectivos segmentos: trabalhador, prestador de serviço e gestão; sendo critério de escolha ter sido nomeado na primeira Composição do Conselho Regional de Saúde, e estar representando seu segmento no Conselho, no período de campo da pesquisa, sem necessariamente continuidade temporal.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e julho de 2010. As atas ordinárias utilizadas referem-se aos anos 2004-2005 e 2009-2010. Quanto à análise das atas das reuniões plenárias do Conselho Regional de Saúde do Rio Grande do Sul/BRA, essa se deu a partir da leitura minuciosa dos documentos oficiais do referido Conselho e posterior sistematização e análise dos dados qualitativos. Igualmente foi sistematizado o conteúdo das falas das entrevistas qualitativas. O método empregado para a análise dos dados foi a análise temática.<sup>9</sup>

A pesquisa foi conduzida dentro de padrões éticos exigidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (CONEP/CNS/MS). Quanto aos sujeitos que aceitaram participar do estudo todos assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido, conforme disposto na resolução CONEP nº 196/96 do Conselho Nacional de

Saúde, que trata de pesquisas que envolvem seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade Federal de Pelotas, com o parecer no 95/2010.

## RESULTADOS

Os Conselhos Regionais de Saúde (CRS) segundo a Resolução 02/2000 do Conselho Estadual de Saúde (CES) do Rio Grande do Sul/Brasil, a qual está em conformidade com a Lei Estadual 10.097/94 que cria essas instâncias (os CRS) de Controle Social e Participação Popular no Estado gaúcho, têm caráter permanente, deliberativo e fiscalizador, no âmbito regional, e objetivam contribuir com o CES/RS, na efetivação do Controle Social no SUS/RS na sua área geográfica de atuação, ou seja, a de cada Coordenadoria Regional de Saúde. Ainda são uma das estratégias do fortalecimento no processo de descentralização, do Controle Social, em âmbito regional em todo o Estado do Rio Grande do Sul.<sup>10</sup>

A seguir apresenta-se uma discussão do processo de formação do Conselho Regional de Saúde estudado, a partir da perspectiva dos sujeitos entrevistados, uma vez que existindo há mais de 7 anos o Conselho estudado não apresentava nenhum registro de sua fundação; contando somente com as atas ordinárias das reuniões plenárias.

*[...] O Conselho Regional de Saúde foi uma resolução do Conselho Estadual de formular e formar os conselhos de todas as Regionais de Saúde, que são 19 Regionais no Rio Grande do Sul [...] (E 2).*

*[...] foi feito uma chamada pra que os Conselhos Municipais mandassem representantes, as instituições prestadoras de serviço, a nível regional, mandassem seus representantes, as prestadoras públicas e privadas e os Conselhos Municipais, é, seguimentos organizados da sociedade, e [...] assim então [...] foi criada uma comissão para que se desse início a essa discussão; a comissão regional que discutisse essa questão das eleições do Conselho Regional de Saúde [...] (E 3).*

Pela fala dos entrevistados 2 e 3 percebe-se que a orientação para formação dos Conselhos Regionais de Saúde partiu da gestão estadual do Estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Essa formação dos Conselhos Regionais surgiu da necessidade de criar-se fóruns nos quais pudessem ser discutidas as políticas regionais de saúde de cada Coordenadoria Regional de Saúde.

*A construção [...] do Conselho Regional, ele foi baseado assim, na defesa das Regiões, que*

*ficavam sempre a “mercê” de algumas pessoas, principalmente dos Conselhos Municipais, atravessarem esses dados, esses assuntos, tirados daqui da Região, direto pro Conselho Estadual. Então foi criado o Conselho Regional para fazer essa defesa, até essa fiscalização [...] (E 4).*

Segundo o entrevistado 4, a construção do Conselho Regional de Saúde teve, igualmente, o princípio de organização da representatividade dos municípios no Conselho Estadual de Saúde; no entanto sua pertinência maior foi a ampliação e igualdade do Controle Social e da Participação Popular para os municípios que compõem uma mesma Coordenadoria Regional de Saúde.

A partir do exposto traz-se à discussão o Pacto pela Saúde, que é uma normatização proposta pelo Ministério da Saúde/Brasil. O Pacto da Saúde avança na proposição de que a “organização da Região de Saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social”.<sup>11:19</sup> Ainda, traz que “o corte no nível assistencial para delimitação de uma Região de Saúde deve estabelecer critérios que propiciem certo grau de resolutividade àquele território, como suficiência em atenção básica e parte da média complexidade”.<sup>11:20</sup>

Nesse sentido, discute-se que, as necessidades requeridas dentro de uma Região de Saúde precisam de um espaço onde possam ser discutidas, privilegiando grande parte dos sujeitos e interesse envolvidos. Ainda que existam as Comissões Intragestores Bipartites (CIB - fórum de pactuação entre os gestores estaduais e municipais) faz-se necessário a formação e fomentação dos Conselhos Regionais de Saúde, como espaços de democracia onde os segmentos organizados da sociedade civil possam ter representados seus interesses, numa perspectiva regional.

De igual forma pode ser entendida a fala do entrevistado 3,

*Quando nós pensamos em Conselho Regional de Saúde, em construir o Conselho Regional de Saúde [...] nós achávamos que [...] nós não tínhamos um fórum onde a sociedade [...] as*

*comunidades participassem nas discussões das políticas [...] Então nós, naquela época já pensávamos no Controle Social, e chamamos essa Conferência Regional buscando, é, construir, a estruturação do Conselho Regional (E 3).*

A partir do exposto, discute-se as Regiões de Saúde as quais, a nossa leitura, mantêm uma definição muito próxima à Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/2002, quando se percebe que os recortes territoriais permanecem sendo identificados pelos gestores. Ao se levantar esse questionamento quer se pensar que as Regiões de Saúde podem ser delimitadas, não somente por esses administradores, mas por outros atores envolvidos no processo de “desenvolvimento” da Reforma Sanitária brasileira, tornando essa prática mais social, coletiva e solidária. E quem seriam esses atores? Conselheiros de Saúde: usuários, trabalhadores, prestadores de serviço. Desse modo haveria um planejamento com maior efetividade da Política de Saúde.

Nesse sentido, poder-se-á pensar a regionalização como parte do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde, e como um instrumento facilitador da aproximação da gestão das comunidades e de suas demandas em saúde vivenciadas.

### O processo de trabalho do Conselho Regional de Saúde estudado

Nesse estudo, do total de 52 atas ordinárias disponibilizados pelo Conselho Regional de Saúde estudado trabalhou-se com 23 documentos, representando 44,23% do total de atas geradas a partir das reuniões plenárias, entre os anos 2004, 2005, 2009 até 06/2010. Identificou-se 64 pautas no interior das atas, de acordo com a metodologia do estudo. Abaixo segue quadro demonstrativo das pautas identificadas nas atas do Conselho Regional de Saúde, estudado, nos anos 2004 e 2005.

TIPOS DE PAUTAS	REPETIÇÕES
Implantação de ações, produtos e serviços de saúde	22
Hemocentro Regional	8
Apreciação de propostas para realização de cursos de especialização e residências na área da saúde	3
Projetos de capacitação (Agentes Comunitários de Saúde, conselheiros de saúde)	3
Criação de um Pronto Socorro Regional	2
Estruturação do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador	2
Formação do grupo de Política de Humanização da Assistência à Saúde (PHAS).	2

Implantação de Pronto Socorro Bucomaxilofacial e Odontológico Regional	1
Projeto de controle da realização de procedimentos cirúrgicos eletivos	1
Implantação de um Centro Odontológico em um determinado município	1
<b>Ações de denúncia e fiscalização para o Controle Social</b>	<b>12</b>
Aplicação dos recursos do Conselho Regional Descentralizado (Corede)	3
Situação de conflito em Conselho Municipal de um determinado município	2
Municípios com baixa resolutividade de ações em saúde	2
Avaliação dos pontos críticos da saúde na região e principais metas do CRS	2
Discussão dos recursos do PACS/PSF /Saúde Bucal.	1
Discussão do Índice de Mortalidade Infantil regional	1
Situação da Unidade de Tratamento Intensivo de um determinado município	1
<b>Organização do Conselho Regional de Saúde</b>	<b>10</b>
Formação da Comissão Técnica (COMTEC)	3
Regimento Interno	2
Reestruturação do Conselho Regional de Saúde	2
Infraestrutura para o Conselho Regional de Saúde	2
Regulamentação de Eleições	1
<b>Outros</b>	<b>20</b>
Participação dos conselheiros em Conferências	5
Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde no Ministério da Saúde	3
Escolha de representantes para o conselho e comissões	3
Discussão da habilitação dos recursos para o atendimento de Média Complexidade Regional	1
Reportagem a respeito de uma ação pública do Conselho Regional de Medicina/RS	1
Distribuição de um medicamento especial, pelo Estado - por ordem judicial, somente aos pacientes de determinados municípios.	1
Reunião do CRS em determinado município	1
Medicações do Programa Hiperdia	1
Lei de Responsabilidade Fiscal	1
Pautas elencadas no cabeçalho da ata, mas não discutidas	3
<b>TOTAL</b>	<b>64</b>

Fonte: Conselho Regional de Saúde. Cidade sede do CRS estudado/RS, 2010.

Quadro 1 - Tipos de pautas e repetições identificadas nas atas das reuniões plenárias do Conselho Regional de Saúde, estudado, anos 2004-2005.

Pelos dados do quadro nota-se que o item que mais foi discutido nas pautas das reuniões plenárias, segunda as atas, foi a Implantação de ações, produtos e serviços de saúde. Destaca-se o caso de um hemocentro regional e a aprovação e implantação de cursos de formação permanente e continuada para profissionais de saúde que atuam na referida Coordenadoria Regional de Saúde. Em sequência vem o item ações de denúncia e fiscalização para o Controle Social; seguido de organização do Conselho Regional de Saúde, que se refere à organização interna do Conselho Regional de Saúde estudado; e por fim o item outros, que refere-se às pautas que não puderem ser inseridas em nenhum dos grupos anteriores.

A partir das pautas acima, percebe-se que o Conselho Regional de Saúde estudado cumpre com seu papel de fórum

regional de Controle Social e Participação Popular, conforme estabelecido pela resolução 333/2003<sup>8</sup> do Ministério da Saúde/Brasil, uma vez que “Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros”.<sup>8:4</sup>

No ano de 2009 ocorreram 04 reuniões plenárias. No ano 2010 foi realizada apenas 01 reunião plenária. Nas quatro reuniões plenárias do ano de 2009 e na única executada no ano de 2010, excluindo-se informativos e aprovação de atas, o ponto principal de pauta que permaneceu foi a reestruturação do Conselho Regional de Saúde.

## O caso da desestruturação e reestruturação do conselho regional de saúde

Ao levantamento de informações sobre o objeto de estudo, por relatos informais surgiu que esse atravessava um processo de desestruturação. Após, nas entrevistas qualitativas desenvolvidas os sujeitos enfatizaram em seus discursos itens que, segundo estes, corroboraram para a desestruturação do Conselho estudado, dentre eles cita-se: as relações de poder e as relações de representatividade; sendo que um dos sujeitos elencou a resolução 02/2008<sup>12</sup> do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul como medida oficial de desestruturação dos Conselhos Regionais de Saúde, no estado do Rio Grande do Sul/Brasil.

Assim, traz-se para a discussão a resolução 02/2008<sup>12</sup> do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na qual observa-se, que se ateve, dentre outros itens normativos, à composição e lei de fundação dos Conselhos Municipais de Saúde que compõem as Coordenadorias Regionais de Saúde, conforme lê-se abaixo:

Artigo 4º - Os Conselhos Regionais de Saúde para serem homologados pelo Conselho Estadual de Saúde deverão contar com número mínimo de 70% dos Conselhos Municipais de Saúde em pleno funcionamento, de acordo com a legislação vigente.

Parágrafo primeiro: A partir da data da homologação pelo CES/RS e publicação no Diário Oficial do Estado, esses terão 180 dias para que seja atingido o percentual 100% de Conselhos Municipais de Saúde de acordo com o que determina o artigo 4º, acima citado.

Parágrafo segundo: A partir do prazo estabelecido não serão reconhecidos os Conselhos Regionais de Saúde que não cumprirem o percentual elencado no parágrafo primeiro.<sup>11</sup>

Percebe-se que o artigo 4º, da referida resolução, não levou em conta as dificuldades de articulações e diálogos entre os municípios que compõem uma região de saúde, ou uma Coordenadoria Regional de Saúde. Nesse sentido, cabe ressaltar os impasses surgidos como se observa no relato do entrevistado 3:

*[...] quando os conselheiros municipais de saúde vinham às reuniões do Conselho Regional, havia uma discussão muito grande com as Secretarias Municipais de Saúde, desses conselheiros, que financiassem o transporte, o deslocamento, a estadia aqui; porque não poderia ser do bolso do conselheiro (E 3).*

Na estruturação/reestruturação de um Conselho Regional de Saúde é de suma importância a inclusão de todos os municípios abrangidos por uma mesma Coordenadoria Regional de Saúde, ou Região de Saúde. É preciso que todos os municípios sejam atingidos sensivelmente pelas políticas de saúde, regionais. Nesse sentido, entende-se que a instância estadual deve contribuir com a articulação dos Conselhos Regionais de Saúde, no sentido de fortalecer suas práticas e não desarticulá-los através de medidas burocráticas, que restringem a participação da população, organizada; concentrando as decisões em fóruns onde apenas uma pequena parcela decide, planeja, fiscaliza e delibera sobre a política de saúde de toda uma população.

Do mesmo modo, é preciso que se torne claro o financiamento de auxílios como transporte, estadia e alimentação para os conselheiros de diferentes partes de uma região de saúde para que o Controle Social e a Participação Popular possam realmente se efetivar; caso contrário apenas conselheiros privilegiados por fatores geográficos, e outros fatores, poderão decidir sobre a política de saúde de toda uma região, e conseqüentemente de um Estado.

Assim, percebe-se que a Resolução 02/2008<sup>12</sup> do Conselho Estadual de Saúde elenca fatores que interferem diretamente sobre a dinâmica de funcionamento do Conselho Regional de Saúde, estudado, imobilizando-o a ponto de esta ser uma pauta constante a partir dos anos de 2009 e 2010. Neste sentido, apresenta-se os comentários de sujeitos do estudo:

*[...] infelizmente por algumas medidas burocráticas, alguns entendimentos da mesa diretora do Conselho Estadual, isso ainda é um impasse que a resolutividade das decisões do Conselho, dos Conselhos Regionais, não apenas o nosso, como os demais, em função disso é que tá um período de suspensão do Conselho Regional. É, mas esperamos que isso em breve se resolva, se encaminhe, de fato isso [...] Nós estamos ansiosos para que o Conselho*

*consiga retomar plenamente as suas atividades [...] notamos que no período que ele não esteve tão atuante assim os Conselhos Municipais se estagnaram, até mesmo regrediram [...] (E 1).*

*[...] no momento assim dos Conselhos Regionais, houve, vou te dizer assim, um golpe do Conselho Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, é, em desarticular os Conselhos Regionais, inclusive querendo acabar, porque há uma concentração política nos Conselhos Estaduais, no conselho Estadual, política de saúde, política de interesse, inclusive pessoais, e até instituições. Então assim, como se estava perdendo, perdendo assim campo para os Conselhos Regionais, e os próprios Conselhos Regionais pegando também alguns cargos junto ao Conselho Estadual, houve uma tentativa de acabar com os Conselhos Regionais, que acabou sendo frustrada por liminares de justiça, isso aí é importante salientar, por isso que também houve a desarticulação dos Conselhos Regionais (E 2).*

*[...] houve um determinado período aí, uma, quase que uma cisão entre Conselho Estadual e Conselhos Regionais, porque o Conselho Regional é uma extensão do Conselho Estadual. Só que com essa atividade dos Conselhos Regionais, o Conselho Estadual se sentiu um pouco, perdeu um pouco a sua importância política. Então eles tentaram criar algumas dificuldades para alguns Conselhos, sem dúvida, alguns Conselhos Regionais estavam totalmente desorganizados, mas, alguns, o nosso aqui estava muito bem organizado, como boas discussões [...] com a participação intensa dos Conselhos Municipais e das Secretarias Municipais de Saúde, e das organizações sociais da região [...] Então, o que eu espero ainda que a gente consiga avançar é reestruturar, ou estruturar de uma melhor forma o Conselho Regional com uma participação muito boa ainda (E 3).*

Pela fala dos entrevistados percebe-se que a desarticulação do Conselho Regional de Saúde, estudado, e outros Conselhos surgiu de uma relação de poder do Conselho Estadual para com os Conselhos Regionais de Saúde. Eles ainda relatam que esse processo tirou de foco a discussão dos problemas de saúde regionais que continuam, e nesse momento não têm mais um fórum de discussão e mediação.

Aponta-se que o Controle Social é um processo que têm ampliado, mesmo que timidamente, sua magnitude na última década, graças àqueles atores sociais que acreditam numa Reforma Sanitária efetiva, e participam do processo de tomada de decisão, deixando projetos

pessoais secundarizados, em prol do coletivo. Assim faz-se necessário uma melhor compreensão por parte de todos, profissionais, usuários e gestores para edificação desse processo contribuindo para que essa prática social se fortaleça e colabore com o desenvolvimento efetivo da saúde pública brasileira.<sup>13</sup>

Conflui-se ao pensamento de que não há como manter serviços e ações de saúde de utilidade pública não resolutivos; e sendo o Controle Social, a nível regional, uma atividade de valiosa utilidade pública torna-se pertinente sua estruturação. Por mais que se perceba que há conflitos de interesses e relações de poder dentro dos conselhos de saúde, assim como há em todos os espaços coletivos da sociedade, não é compreensível a desconstrução de um processo histórico, político e social que apresenta avanços na concepção das políticas públicas de saúde do território brasileiro, como os Conselhos Regionais de Saúde, em função de interesses políticos; por vezes contraditórios às bases do Sistema Único de Saúde, e às próprias diretrizes da Constituição Brasileira de 1988, onde se lê sobre a importância do Controle Social.

Nesse sentido traz-se que ao se pensar o processo descentralização, a partir da regionalização, “não se pretende delimitar mais um nível hierárquico de poder - o nível regional (uma quarta esfera de gestão?) - e, sim, instrumentalizar os parceiros do SUS para a co-gestão dos serviços, potencializando suas múltiplas articulações escalares”.<sup>3:1022</sup>

Ainda pontua-se que, nos documentos oficiais dos órgãos de saúde, na enumeração dos itens de prioridade das políticas de saúde o item Controle Social é elencado posterior às demais ações, como se fosse um ato meramente burocrático; e muitas vezes sem se elucidar a importância da Participação Popular. Como defensores de uma saúde coletiva e de uma real reforma sanitária devemos pensar sobre essa colocação. Afinal o coletivo é determinado somente pelos gestores e indicadores de saúde, ou, também, é sentido e construído pelas demandas da população, e dos segmentos sociais organizados.

Assim, se o processo de descentralização e regionalização está em

fase de alargamento no território brasileiro, o mesmo não se pode dizer dos fóruns de Controle Social e Participação Popular.<sup>14</sup> O que parece contraditório, ao passo que se criam e reafirmam níveis hierárquicos de gestão da saúde, e não se qualificam as instâncias de participação da sociedade.

## CONCLUSÃO

A regionalização em saúde, hoje, é uma realidade, mas precisa avançar em pontos estratégicos como a ampliação dos fóruns de participação da sociedade civil organizada. Este trabalho traz que se faz importante construir mecanismos que possibilitem à população perceber a importância da Participação Popular e da inserção no Controle Social, em todos os âmbitos, incluindo o regional. E, é de suma importância que todos os atores participem desse processo, passando desde gestores até os usuários de saúde. Quanto aos gestores é relevante que estes possam refletir sobre as potencialidades dos Conselhos Regionais de Saúde, colocando os conflitos de interesse e as relações de poder em um plano secundário. Quanto aos profissionais da saúde faz-se pertinente que estes corroborem com o fortalecimento desses fóruns democráticos, através da chamada para a construção e articulação dos conselhos de saúde, assumindo assim uma outra responsabilidade sanitária. Quanto aos usuários de saúde faz-se necessário resgatar aquele empoderamento tão visível nas décadas de 70, 80, 90, na compreensão que a luta pela saúde é um processo, e logo contínua; pois há a necessidade da construção de uma saúde pública não tão fortemente ligada ao burocrático e ao capital, mas sim valorizando o social. Assim caminhar-se-á para uma saúde coletiva que responda às necessidades da população, sem restringir-se a reivindicações de assistência em saúde e fiscalização de serviços, e sim fomentando um processo de políticas públicas de saúde efetivas e eficazes.

## REFERÊNCIAS

1. Gil AC, Licht RHG, Yamauchi NI. Regionalização da saúde e consciência regional. Hygeia. 2006 Dez;2(3):35-46.
2. Teixeira CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cad Saude Publica. 2002;18(Suppl 1):S153-62.
3. Guimarães RB. Regiões de saúde e escalas geográficas. Cad Saude Publica. 2005 Jul/Ago;21(4):1017-25.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual: orientações para organização e funcionamento. Brasília; 2009.
5. Coelho VSP. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. Novos estud CEBRAP. 2007 Jul;78:77-92.
6. Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. Saude soc. 2004 Maio/Ago;13(2):20-31.
7. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1986.
8. Brasil. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. Diário Oficial da União. 4 dez 2003; Seção 1:57-8.
9. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 16a ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
10. Secretaria Estadual de Saúde (RS). Resolução 02/2000 do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul/BR. Define os Conselhos Regionais de Saúde. Porto Alegre; 2000.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília; 2006.
12. Secretaria Estadual de Saúde (RS). Resolução 02/2008 do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul/BR. Regulariza e reestrutura os Conselhos Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre; 2008.
13. Martins PC, Cotta RMM, Mendes FF, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G, et al. Conselhos de saúde e a participação

social no Brasil: matizes da utopia. *Physis*. 2008;18(1):105-21.

14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília; 2011.

Data da submissão: 2011-09-21

Aceito: 29-12-2011

Publicação: 2012-06-30

---