

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA  
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL  
TURMA ESPECIAL “POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO E  
NA CONVIVÊNCIA COM A COVID-19 E OUTRAS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS”

Jeovânia Rodrigues Silva

A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NO  
ENFRENTAMENTO À PANDEMIA COVID-19 NO DF

Brasília, DF  
2023

Jeovânia Rodrigues Silva

A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NO  
ENFRENTAMENTO À PANDEMIA COVID-19 NO DF

Trabalho de Dissertação apresentado à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde. Linha de Pesquisa: Justiça Social e Saúde - Direito, Saúde e Democracia

Orientador: Prof. Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Fabiana Damásio Passos

Brasília, DF  
2023

S586i Silva, Jeovânia Rodrigues.  
A importância da participação e do controle social no enfrentamento à  
pandemia covid-19 no DF / Jeovânia Rodrigues Silva. -- 2023.  
104 f. : il.color.

Orientador: Swedenberger do Nascimento Barbosa.  
Coorientadora: Maria Fabiana Damásio Passos.  
Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde) -  
Fundação Oswaldo Cruz, Gerência Regional de Brasília, Escola de Governo  
Fiocruz Brasília, Brasília, DF, 2023.  
Bibliografia: f. 82-92.

1. Conselhos de Saúde. 2. Controle Social. 3. Sistema Único de Saúde. 4.  
COVID-19. 5. Democracia Participativa. I. Título.

CDD 614

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Livia Rodrigues Batista - CRB-1/3443  
Biblioteca Fiocruz Brasília

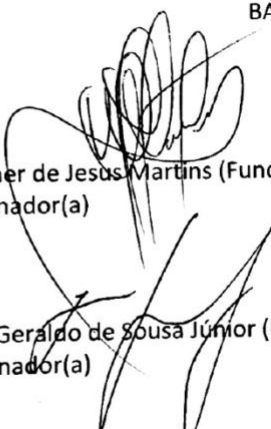
Jeovânia Rodrigues Silva

## A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA COVID-19 NO DF

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na Linha de Pesquisa Saúde e Justiça Social

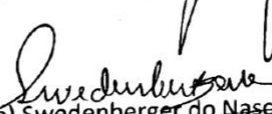
Aprovado em, 29/09/2023

BANCA EXAMINADORA




Dr.(a) Wagner de Jesus Martins (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)  
1º(a) Examinador(a)

Dr.(a) José Geraldo de Sousa Júnior (Universidade de Brasília - UnB)  
2º(a) Examinador(a)



Dr.(a) Swedenberger do Nascimento Barbosa (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)  
Presidente da Comissão Examinadora (Orientador(a))



Dr.(a) Maria Fabiana Damásio Passos (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)  
Coorientador(a)



Dr.(a) Jacinta de Fátima Senna da Silva (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília)  
Suplente

*Dedico essa dissertação em memória a todas as vítimas da pandemia COVID-19, aos profissionais de saúde pelo trabalho incansável e ao Controle Social pela luta em defesa do SUS, da vida e da Democracia.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus por tudo que sou, que tenho e pelas incontáveis bênçãos recebidas ao longo da vida. Essa fé no Criador, e que desde sempre me motiva em tantos desafios, vem do exemplo de minha mãe, Benedita, a quem sou especialmente grata por todo amor e pela confiança incondicional em meus sonhos e projetos de vida. Do mesmo modo, sou agradecida a cada um de meus irmãos pelo carinho e apoio, começando pela “irmã” Cândida, que me acolheu na cidade que escolhi para viver, além de Lázaro, Eloy Filho, Maria da Paz, Luíza, Rita e Jeová. Agradeço e louvo a Deus por cada um de vocês, minha família, pelo amor imenso que tem por mim e por terem me incentivado e ajudado a ser quem sou. Cursar o Mestrado era um sonho muito distante. Jamais poderia imaginar realizá-lo durante o maior desafio sanitário deste início de século, em uma turma especial de “Políticas Públicas de Saúde no enfrentamento e na convivência com a COVID-19 e outras emergências sanitárias”, e em uma instituição de histórico centenário de compromisso com a ciência e com a sociedade em defesa da vida. Minha gratidão a Fiocruz Brasília, a todos os discentes e funcionários e aos docentes que tanto me inspiraram e seguem inspirando, em especial ao meu Orientador, Prof. Dr. Swedenberger do Nascimento Barbosa, pela pessoa e profissional que é, e sobretudo pelas orientações, apoio, confiança e amizade, em toda essa jornada percorrida, sempre acreditando e depositando sua confiança em mim, mesmo em momentos tão difíceis que enfrentei e pensei em desistir. Agradeço minha coorientadora, Profa. Dra Maria Fabiana Damásio Passos, que naquela ocasião me acolheu e me incentivou a seguir adiante, bem como as coordenadoras Roberta de Freitas Campos e Érica Tatiane da Silva, em nome das quais agradeço ao Colegiado de Pós-Graduação que admitiu minha permanência no Programa. Gratidão aos professores membros das Bancas de Qualificação e de Defesa: Dr José Geraldo de Souza Júnior, Dr Wagner de Jesus Martins e Dra Jacinta de Fátima Senna da Silva, pelas sugestões, conselhos e a significativa contribuição para o desenvolvimento deste trabalho. Por fim, obrigada meu Deus pela força divina que me move e torna cada conquista possível.

*Toda dor pode ser suportada, se sobre ela puder ser contada uma história. Hannah Arendt (1906-1975)*

## RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) teve sua construção estruturada no processo da Reforma Sanitária, o que denota sua correlação histórica com o período de redemocratização do Brasil e promulgação da constituição cidadã. A partir das leis 8.080 e 8.142, em 1990, normatiza-se o papel da Participação e do Controle Social, com centralidade nos Conselhos e nas Conferências de Saúde, característica da democracia participativa, promovendo avanços nas políticas de saúde e, em outros cenários, atuando para evitar retrocessos. A declaração de emergência em Saúde Pública de importância Internacional da doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2) - Covid-19 - ocorreu em 30 de janeiro de 2020, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e em 11 de março oficialmente declarada a Pandemia. No Brasil, inicialmente seu enfrentamento caracterizou-se pela ausência de ações articuladas e coordenadas do Ministério da Saúde (MS), impondo aos entes federativos o estabelecimento de diferentes estratégias locais de enfrentamento à doença. No Distrito Federal (DF), em 28 de fevereiro de 2020, declarou-se emergência no âmbito da saúde pública e a capital federal destacou-se como o primeiro ente federativo a estabelecer medidas de suspensão de atividades, na mesma data em que a pandemia foi decretada. A pesquisa tem metodologia de abordagem qualitativa descritiva, com análise de conteúdo, a partir da análise das deliberações, ações intersetoriais e atividades com a sociedade civil realizadas pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) no enfrentamento à pandemia, nos anos de 2020 e 2021, com vistas a promover reflexões para a atuação do Controle e da Participação Social nas futuras emergências sanitárias.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Controle Social. Sistema Único de Saúde. Covid-19. Democracia Participativa.



## **ABSTRACT**

The Unified Health System (SUS) had its construction structured in the process of Health Reform, which denotes its historical correlation with the period of Brazil's redemocratization and promulgation of the citizen constitution. From laws 8,080 and 8,142, in 1990, the role of Participation and Social Control was standardized, with centrality in Health Councils and Conferences, characteristic of participatory democracy, promoting advances in health policies and, in other scenarios, acting to avoid setbacks. The declaration of a Public Health emergency of international importance for the disease caused by the new coronavirus (Sars-Cov-2) - Covid-19 - occurred on January 30, 2020, by the World Health Organization (WHO), and on March 11 officially declared the Pandemic. In Brazil, initially the fight against it was characterized by the absence of articulated and coordinated actions from the Ministry of Health (MS), imposing on federative entities the establishment of different local strategies to combat the disease. In the Federal District (DF), on February 28, 2020, a public health emergency was declared and the federal capital stood out as the first federative entity to establish measures to suspend activities, on the same date that the pandemic was decreed. The research has a descriptive qualitative approach methodology, with content analysis, based on the analysis of deliberations, intersectoral actions and activities with civil society carried out by the Health Council of the Federal District (CSDF) in combating the pandemic, in the years 2020 and 2021, with a view to promoting reflections on the performance of Control and Social Participation in future health emergencies.

**Keywords:** Health Councils. Social Control. Unified Health System. Covid-19. Participatory Democracy.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Funcionamento do CSDF.....	74
Tabela 2 – Deliberações do CSDF para Covid-19 em áreas específicas.....	75
Tabela 3 – Ações e atividades interinstitucionais do CSDF.....	77
Tabela 4 – Adoção de deliberações CSDF Covid-19 pela SES/DF E GDF.....	79

## **LISTA DE SIGLAS**

8ª CNS - 8ª Conferência Nacional de Saúde

ABEN-DF – Associação Brasileira de Enfermagem Seção Distrito Federal

ACP – Ação Civil Pública

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ANC - Assembleia Nacional Constituinte

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CDH - Comissão de Direitos Humanos, Cidadania, Ética e Decoro Parlamentar da Câmara Legislativa do DF

CDS-OAB/DF – Comissão de Direito à Saúde da Ordem dos Advogados do Brasil Seção Distrito Federal

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CESC – Comissão de Educação Saúde e Cultura da Câmara Legislativa do Distrito Federal

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CF – Constituição Federal de 1988

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CLDF - Câmara Legislativa do Distrito Federal

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CODEPLAN – Companhia de Planejamento do Distrito Federal

ColetivaSUS – Coletivo ampliado em defesa do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde

CORENDF – Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal

Covid-19 – Coronavírus

CPI – Comissão Parlamentar de Inquérito

CRMDF – Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal

CRPDF – Conselho Regional de Psicologia do Distrito Federal

CRSB – Conselho Regional de Saúde de Brasília

CRSS – Conselho Regional de Psicologia da 8ª. Região

CSDF – Conselho de Saúde do Distrito Federal

CUT-DF – Central Única dos Trabalhadores do Distrito Federal

DICOS – Diretoria de Controle Social da Secretaria de Saúde do Distrito Federal

DF – Distrito Federal

DODF – Diário Oficial do Distrito Federal

DPDF – Defensoria Pública do Distrito Federal

DPU – Defensoria Pública da União

EC – Emenda Constitucional

EAPSUS – Escola de Aperfeiçoamento Profissional do Sistema Único de Saúde

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GDF – Governo do Distrito Federal

HRAN – Hospital Regional da Asa Norte

IPCA - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA - Lei Orçamentária Anual

MS – Ministério da Saúde

MDB – Movimento Democrático Brasileiro

MPDFT – Ministério Público do Distrito Federal e Territórios

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PAS - Programação Anual de Saúde

PGDF - Procuradoria-Geral do Distrito Federal

PPA - Plano Plurianual

PROSUS – Promotoria de Justiça de Defesa da Saúde

PS - Plano de Saúde

RAG - Relatório Anual de Gestão

RCL – Receita Corrente Líquida

RDQA - Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior

RE – Reunião(ões) Extraordinária(s)

RO - Reunião(ões) Ordinária (s)

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SEEC - Secretaria de Economia do Distrito Federal

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SINDATEDF – Sindicato de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem do Distrito Federal

SINDENFERMEIRO – Sindicato dos Enfermeiros do Distrito Federal

SINJ-DF - Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal

SODF – Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal

SUS – Sistema Único de Saúde

Sars-Cov-2 – Novo Coronavírus

SIACS - Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde

STF – Supremo Tribunal Federal

TCDF - Tribunal de Contas do Distrito Federal

TJDFT – Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Comparação da mortalidade acumulada por Covid-19 Brasil x Mundo.....	54
Quadro 1 - Instrumentos que compõem o corpo da pesquisa.....	59
Quadro 2 - Unidades de Registro e de Contexto.....	61
Gráfico 2 – Reuniões do CSDF .....	63
Gráfico 3 – Linha do tempo das distintas gestões de Secretários de Saúde.....	64
Gráfico 4 - Comparativo entre pautas e atas site da SES/DF X arquivo do CSDF.....	65
Gráfico 5 – Deliberações do CSDF nas diferentes bases de dados.....	66
Gráfico 6 - Deliberações do CSDF.....	67
Gráfico 7 – Deliberações do CSDF designadas para o cenário pandêmico.....	68
Quadro 3 - Descrição das deliberações para Covid-19 do CSDF.....	68
Gráfico 8 – Portarias das SES/DF.....	70
Gráfico 9 - Decretos do Gabinete do Governador .....	70
Gráfico 10 – Despachos do Gabinete do Governador.....	70
Gráfico 11 – Relação Portarias X Decretos.....	71
Gráfico 12 – Novos óbitos diários por Covid-19 e tendência (mar/20 a jan/22) .....	72
Gráfico 13 - Novos óbitos diários por Covid-19 e tendência (mar/20 a ago/22) .....	73
Gráfico 14 – Funcionamento do CSDF.....	74
Gráfico 15 - Deliberações do CSDF para covid-19 em áreas específicas.....	75

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2. REFERENCIAIS TEÓRICOS.....</b>	<b>19</b>
2.1 CORPOREIDADE, DEMOCRACIA E ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO.....	19
2.2 O DIREITO À SAÚDE COMO UM DIREITO HUMANO.....	24
2.3 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SUS.....	28
2.4 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS.....	38
2.4.1 O Conselho de Saúde do Distrito Federal.....	46
2.5. O CENÁRIO PANDÊMICO DA COVID-19.....	51
<b>3 MÉTODOS.....</b>	<b>57</b>
2.1. OBJETIVO GERAL .....	57
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	57
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>63</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>
<b>APÊNDICE A – RESOLUÇÃO CSDF Nº 529.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICE B – RECOMENDAÇÃO CSDF Nº 2.....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNDICE C– DESPACHO DO GOVERNADOR.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE D - SÉRIE TÉCNICA LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO – CONSELHOS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA RESPOSTA À COVID-19 .....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE E - ENTREVISTA PARA O CANAL SAÚDE - BOLETIM CORONA ....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNDICE F – PLANO POPULAR DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO DISTRITO FEDERAL .....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNDICE G – RELATÓRIO FINAL DA AÇÃO CONJUNTA COVID-19.....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE H –PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO SIMPLIFICADO COMO ORIENTAÇÃO SUGESTIVA AO CSDF PARA O ENFRENTAMENTO DE FUTURAS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS.....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>102</b>



## 1. INTRODUÇÃO

O movimento brasileiro da Reforma Sanitária e suas mobilizações foram fundamentais na redemocratização do país e na formulação do direito social e universal à saúde. Como resultado dá-se o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual o papel da Participação e do Controle Social são centrais, a partir dos Conselhos e das Conferências de Saúde, pela construção da democracia participativa, permitindo avançarmos com as políticas de saúde e por vezes atuando para evitar retrocessos.

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF) e das Leis Federais 8.080 e 8.142, em 1990, os Conselhos de Saúde foram instituídos nas três esferas governamentais – nacional, estadual e municipal - bem como foi delimitada a realização periódica de conferências de saúde. Este conjunto de mecanismos de Controle e Participação Social tornam-se, então, legalmente legitimados para que a sociedade brasileira atue nos processos de deliberação das políticas de saúde, desde o planejamento, a execução, a fiscalização e a supervisão dos instrumentos, planos, programas e projetos a serem implantados, além de discutirem sobre a formulação de estratégias e no seu controle e execução.

A emergência sanitária global do início deste século - Pandemia da Covid-19 - caracterizou-se pelo altíssimo grau de infectividade do vírus e uma rapidez de expansão tamanha que tornava iminente o risco de colapso dos sistemas de saúde, em âmbito internacional e nacional, fazendo-se fundamental a aplicação do máximo de medidas para conter sua expansão e assim reduzir a mortalidade.

Infelizmente, a condução do enfrentamento à Pandemia da Covid-19 pelo Estado Brasileiro e Governo Federal, por ação e omissão, foi marcada pela violação de direitos humanos, particularmente do direito à vida e do direito à saúde, previstos constitucionalmente, rompendo também com Pactos Internacionais nos quais o Brasil é signatário. Aproximadamente quatro de cada cinco mortes poderiam ter sido evitadas caso o Brasil estivesse na média mundial em termos de enfrentamento da pandemia. Foram ignoradas as evidências geradas pelo ocorrido em outros países e, deliberadamente, não foram adotadas as medidas necessárias, pelo contrário, houve questionamento, contestação e críticas públicas às

informações produzidas pela comunidade científica nacional e internacional, endossadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). (Sociedade Maranhense de Direitos Humanos, 2021)

Observam-se, então, de um lado, aspectos equivalentes a uma injustiça testemunhal, quando se ignora o sofrimento expresso e desqualifica-o de maneira discriminatória e sistêmica, negando às pessoas afetadas o direito à voz, e de outro lado elementos de injustiça hermenêutica, correspondente à prática sistemática de desinformação. Esses dois elementos quando conectados estabelecem aquilo que Fricker (2007) denomina de “injustiça epistêmica”.

Como as decisões políticas geralmente são impostas a todos os indivíduos, uma das pré-condições essenciais para sua legitimidade é a participação de todos ou, justamente, o direito de todos de participarem na deliberação. Assim, uma decisão será legítima não porque representa o interesse de todos, mas porque resulta da deliberação de todos, do direito de todos de deliberarem (Moreira, 2016).

Especialmente em um cenário pandêmico, os Conselhos de Saúde deveriam cumprir o seu importante papel legal e deliberativo de atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde específica, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros, e, portanto, terem as suas deliberações devidamente acolhidas pelo Poder Público, consolidando-se como efetivos espaços de democracia participativa.

É importante reconhecer o caráter inovador na gestão pública proporcionado pelos Conselhos de Saúde, pois esses correspondem a canais em que os setores populares participam da construção da política de saúde, deliberando, normatizando e fiscalizando as ações e serviços da área da saúde.

Contudo, os Conselhos de Saúde de todo o país foram secundarizados no processo de decisão e acompanhamento das políticas de enfrentamento à Covid-19, onde subverteu-se o caráter deliberativo sobre as políticas de saúde atribuídas legalmente aos Conselhos. Esses atributos legais os credenciam como instâncias democráticas, representativas dos interesses da sociedade e responsáveis por deliberar e acompanhar as políticas de saúde relacionadas à Covid-19 (Bispo Júnior, 2020).

Entretanto, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) desempenhou papel fundamental em defesa da vida, do SUS e da Democracia, adequando-se à realidade pandêmica para

manutenção de suas atividades e exercendo-as de forma ainda mais incisiva, diante de um cenário e de um contexto no qual há fortes evidências de um retrocesso planejado e de uma desproteção crescente das políticas de saúde, juntamente com postura governamental de negação de direitos, em um conjunto de ações intencionais e sistemáticas de desconstrução da garantia constitucional do direito humano à saúde. Houve ainda uma permanente mobilização da rede brasileira de Conselhos de Saúde, que conta com cerca de 5.633 conselhos promovendo apoios dos mais diversos, desde o envio de equipamentos tecnológicos (webcam, fone e microfone), a educação popular permanente em ambientes virtuais, além de diversas atividades e ações em parceria.

Este trabalho propõe-se a demonstrar a importância do Controle e da Participação Social, e o protagonismo das ações do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF), enquanto instância participativa e deliberativa do Sistema Único de Saúde, no enfrentamento à pandemia Covid-19 no Distrito Federal, em seus dois primeiros anos.

A metodologia utilizada é de pesquisa documental, de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória, com análise de conteúdo e tendo como marco temporal os anos de 2020 e 2021, majoritariamente em período pandêmico, visto o início da pandemia em 11 de março de 2020.

Para a coleta de dados, foram utilizadas fontes de dados secundários, obtidos no Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal (SINJ-DF), Diário Oficial do Distrito Federal (DODF), Boletins Covid-19 da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), atas do Conselho de Saúde do Distrito Federal, disponíveis no sítio eletrônico da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e arquivo do órgão, para identificar as principais pautas, estratégias e deliberações (Resoluções, Recomendações e Moções) do colegiado, também as Portarias e Decretos, publicados pela SES/DF e Governo do Distrito Federal que tenham incorporado deliberações do CSDF, assim como as principais atividades interinstitucionais desenvolvidas junto às organizações da sociedade civil e poderes públicos na defesa do direito humano à vida e à saúde, no contexto da pandemia Covid-19.

Após a coleta e análise dos dados, foram descritas as principais ações promovidas pelo órgão colegiado, institucionais e interinstitucionais, e formulado um documento com orientação sugestiva para o enfrentamento de futuras emergências sanitárias.

## 2 REFERENCIAIS TEÓRICOS

### 2.1 CORPOREIDADE, DEMOCRACIA E ESTADO DEMOCRÁTICO DE DIREITO

Em qualquer estrutura social, haja ou não a presença do Estado ou de Governo, é importante a compreensão do conjunto do tecido social a partir de seus indivíduos e de seus corpos enquanto objetos socioantropológicos. Esses corpos podem expressar-se por meio de conformidade ou de contestação aos mecanismos e estruturas de poderes hegemônicos.

O conceito de Corporeidade está relacionado ao estudo dos corpos não mais limitado aos saberes das ciências biológicas, de onde podem se desencadear as doenças, mas sim colocado em ato e em contexto como realidade simbólica sócio historicamente construída, localizada em um dado tempo, numa dada formação social, enquanto campo de estudo, que figura como referencial epistemológico e que teve início nos anos 1980. (Berthelot, 1983).

De modo amplo, as relações sociais, institucionais e de forças políticas, constroem-se a partir de um universo de significações e valores sociais que poderão estar em um contexto de sujeição à forma de controle e disciplina ou, opostamente, em contestação, resistência e luta às estruturas de poder, na medida em que o corpo político é local privilegiado de expressão, produção, reprodução e reforço ou resistência àquelas estruturas. (Mota, 2021)

A organização estrutural de sociedades na forma de Estado, como ordem política, surge na Europa entre os séculos XIII e fins do XVIII, ou início do XIX, com a progressiva territorialização do comando e a monopolização do poder político, tendo na figura do Monarca a sua primeira expressão. O ordenamento político estatal legitimou-se por sua posição de distanciamento neutral, como instância superior à sociedade, exercendo o arbítrio dos conflitos em prol da instauração e manutenção da ordem social. Já no Estado de Direito, propriamente dito, o governo configura-se a partir da contestação da personificação histórica do Poder Estatal na figura do Monarca, por parte de movimentos revolucionários, organizando-se, a partir de então, como um Estado de garantias, no qual a participação política ocorre no âmbito das liberdades individuais, já que os indivíduos fazem parte da legitimidade estatal, a partir das normas jurídicas que tornam todos iguais perante o Estado. (Guizardi, 2008)

De modo diametralmente oposto ao Estado de Direito, a tirania é uma forma de governo autoritário em que a ilegalidade e o medo infringem determinada população que, oprimida, tem seu o livre arbítrio anulado. Nesse tipo de governo é habitual que os governantes não respeitem as liberdades individuais e violem as leis existentes, utilizando-se de práticas moralmente condenáveis para se manterem no poder.

Algumas sociedades são regidas pela forma de Estado ou governo totalitário, que se caracteriza por um corpo político tomado pelo terror total. Em uma espécie totalmente diferente de governo, que desafia todas as leis positivas, inclusive aquelas que ele mesmo estabeleceu, ou as que não se deu ao trabalho de revogar, ao mesmo tempo em que afirma não ser arbitrário e não operar sem a orientação de uma lei. É deste modo que se destinam a converter em realidade a lei que lhe convém, seja a partir de um movimento, de um contexto histórico ou de aspectos da natureza. Nesse sentido, a política totalitária passou a adotar a receita das ideologias.

Como as ideologias não tem o poder de transformar a realidade, conseguem libertar o pensamento da experiência por meio de certos métodos de demonstração. O pensamento ideológico arruma os fatos sob a forma de um processo absolutamente lógico, que se inicia a partir de uma premissa aceita axiomáticamente, tudo mais sendo deduzido dela; isto é, age com uma coerência que não existe em parte alguma no terreno da realidade. (Arendt, 2012)

Assim, há um princípio de ação diferente para cada forma de governo, ou de poder, o qual inspira governantes e cidadãos em suas atividades públicas e que serve também, do ponto de vista da legalidade, como critério para julgar todos os atos no campo da coisa pública. Em 1748, Montesquieu (2000) já definia que esses princípios de ação seriam também orientadores e critérios estruturantes da definição dos governos, sendo na monarquia, a honra; na república, a virtude; e na tirania, o medo. Para Arendt (2012) a legalidade como essência dos governos não tirânicos, a ilegalidade como essência da tirania e o terror como essência do domínio totalitário.

Existem diferentes possibilidades para que as formas de governo sejam constituídas. Naquelas onde o Estado de Direito é legitimado, é o contrato social que o legitima, permitindo que o corpo político da sociedade passe a se movimentar e a manifestar suas vontades por meio da legislação, à medida que as leis representem a justiça e a vontade geral, pois não é pela força que se faz o Direito. (Rousseau, 1980)

O Direito deriva de uma dominação política organizada sob a forma estatal, de modo que o Direito sancionado pelo Estado e o poder estatal organizado sob a forma jurídica nascem simultaneamente. O poder político estatal e o Direito estatal constituem-se reciprocamente. Certas estruturas da consciência moral possuem um papel importante na simbiose entre o direito e o poder estatais. (Aith, 2017)

Nesta seara, faz-se também necessária uma compreensão teórico-conceitual de algumas formas de poder estatal, ainda que em apertada síntese. O poder disciplinar destinar-se-ia, em suma, a maximizar as forças e extraí-las de um corpo individual. Diferentemente, o poder biopolítico não considera o indivíduo no nível do detalhe, mas, pelo contrário, mediante mecanismos globais, de um agir de tal forma que se obtenham estados globais de equilíbrio e de regularidade em relação à vida e aos processos biológicos do homem enquanto espécie, assegurando um tipo de regulamentação da espécie humana. (Foucault, 2010)

Noutro giro, o poder necropolítico advém da lei de matar, de um poder estatal enquanto capacidade política de determinar-se quem pode viver e quem deve morrer ou ser exposto à morte, dentre o conjunto da população. Esse é exemplo aplicável à forma como os movimentos totalitários tomam e exercem o poder.

A combinação dos poderes disciplinar, biopolítico e necropolítico, encadeando a ocupação colonial contemporânea, possibilita ao poder estatal colonial a dominação absoluta sobre habitantes e territórios ocupados. Porém, no mundo globalizado os objetivos já não se limitam necessariamente à conquista, aquisição e gerência de um território, mas tem a intenção de forçar um contexto de submissão. (Mmembe, 2003)

Outra possibilidade de “poder estatal” contemporâneo a se considerar seria a omissão ou inação, proposital ou dolosa, estabelecida com o claro objetivo de construção de uma narrativa. Para Boaventura de Sousa Santos (2006), muito do que não existe em nossa sociedade é produzido ativamente como não existente, e por isso a armadilha maior que se nos apresenta é reduzir a realidade ao que existe.

Assim, as sociedades contemporâneas, para atingir, sustentar e aperfeiçoar os seus contratos sociais sob a égide da justiça social, enfrentam, constantemente, uma série de desafios. Mesmo aquelas que podem se orgulhar de terem conquistado os principais avanços nesse campo têm motivos concretos e diários para se preocupar com o eventual retrocesso e com o recrudescimento das desigualdades sociais. A democracia – mais precisamente, seu

processo de aperfeiçoamento constante e de radicalização – constitui-se em eixo estruturante da luta pela justiça social, formando o ambiente social mais adequado para a melhoria das condições materiais de vida e de cidadania (Moreira, 2016).

A evolução da democracia até os tempos atuais, desde a Grécia Antiga, passando pelo Império Romano e o seu ressurgimento no final da Idade Moderna, é permeada pelo renascimento dos ideais democráticos, com vieses renovados a partir do contexto de cada época. O sistema econômico capitalista da contemporaneidade aponta aspectos e objetivos democráticos muito diferentes dos anteriores. Assim, essa grande modificação do contexto histórico e do próprio papel do modelo democrático alteram também o conceito de democracia com o decorrer do tempo, apesar da manutenção de seu sentido lexical. Por outro lado, após as revoluções burguesas há uma íntima ligação com os direitos humanos enquanto particularidade fundamental do sistema democrático. (Ficarra, 2021)

A democracia não é apenas um sistema de governo, uma modalidade de Estado, um regime político, uma forma de vida. É um direito da Humanidade (dos povos e cidadãos). Democracia e participação se exigem, democracia participativa constitui uma tautologia virtuosa. Porque não há democracia sem participação, sem povo, mas povo sujeito ativo e passivo do processo político, no pleno exercício da cidadania, [...]. (Amaral, 2001)

Com a legitimação democrática do Direito e sua consolidação nos Estados modernos, por meio de procedimentos legalmente institucionalizados enquanto grandes fundamentos do Direito positivo, exigiu-se não apenas a obediência a procedimentos e formas, mas também que a própria construção do conteúdo material do Direito tenha suas bases em processos que assegurem a existência de pressupostos morais e políticos que sustentem o ideal democrático, no qual a formação e a aplicação do Direito devem englobar a ampla Participação Social na construção e manutenção do pacto social. Este conjunto de elementos devem ser capazes de permitir a compreensão e a discussão racional dos argumentos políticos e morais que sustentam as decisões jurídicas tomadas no âmbito de um Estado democrático. (Aith, 2017)

Ainda sob o entendimento de Aith (2017), o Estado Democrático e de Direito adquire autonomia na medida em que procedimentos institucionalizados organizam o processo legislativo e a justiça, garantindo a formação imparcial de opiniões e de vontades, permitindo por essa via uma racionalidade procedimental capaz de integrar a ele argumentos morais e políticos.

O Direito deve garantir a formação imparcial da vontade, permitindo por meio de procedimentos institucionalizados que uma racionalidade procedimental do tipo moral penetre no direito e na política. Um Direito autônomo sem realização da democracia não conseguiria existir. (Habermas, 1997)

Em sua obra, Roberto Lyra Filho rejeita o positivismo jurídico enquanto uma redução do Direito à ordem estabelecida, porquanto este positivismo tenha características dogmáticas, no sentido de que erige certas pautas normativas em dogmas, a pretexto de que não caberia contestá-las nem propor a elas quaisquer alternativas. Ao adotar a Filosofia Dialética na leitura que faz da obra de Hegel e Marx, Lyra Filho busca fundamentos e desenvolve uma concepção do Direito que o localiza dentro do processo histórico-social, como parte integrante da própria dialética da sociedade. Compreende, ainda, que o fenômeno jurídico não pode ser apartado da análise das relações sociais e sua infraestrutura, influenciadas pelo modo de produção que promove a divisão social em classes (espoliadoras e espoliadas) e em grupos étnicos, religiosos, sexuais e outros (opressores e oprimidos). (Sousa Júnior, 2015)

Direito é processo, dentro do processo histórico: não é uma coisa feita, perfeita e acabada; é aquele vir a ser que se enriquece nos movimentos de libertação das classes e grupos ascendentes e que define nas explorações e opressões que o contradizem, mas de cujas próprias contradições brotarão as novas conquistas. (Lyra Filho, apud Sousa Júnior, 2015)

Contemporaneamente, as igualdades jurídicas instituídas pelo Estado Democrático e de Direito propiciam, a grupos dos mais variados, avanços em direção a uma igualdade real através da afirmação de direitos sociais. Portanto, as democracias modernas avançam tanto em função dos espaços políticos conquistados por movimentos sociais, assegurando seus direitos, quanto por aqueles oriundos das representações político-partidárias formais.

A marca da democracia moderna, permitindo sua passagem de democracia liberal a democracia social, encontra-se no fato de que somente as classes e grupos populares e os excluídos concebem a exigência de reivindicar direitos e criar novos direitos. Isso significa, portanto, que a cidadania se constitui pela e na criação de espaços sociais de lutas [...] e pela instituição de formas políticas de expressão permanente [...] que criem, reconheçam e garantam direitos. (Chauí, 2005)

As sociedades democráticas precisam exercer um agir coletivo, somando as preocupações do exercício das liberdades civis e políticas com a proteção e eficácia dos direitos sociais, para que alcancem a condição de igualdade para as pessoas ou grupos, enquanto sujeitos coletivos capazes de elaborar um projeto político de transformação social e elaborar a sua representação teórica como sujeito coletivo. É esse aprofundamento democrático e emancipatório que dá garantia ao direito da participação popular em defesa de seus direitos,



enquanto permite que os espaços institucionalizados representem uma dimensão real do pluralismo democrático. (Sousa Júnior, 2015)

É preciso, portanto, refutar o discurso da neutralidade quando se trata da defesa do Estado Democrático de Direito e não a confundir com a igualdade formal, positivista, que é um dos eixos fundamentais dos sistemas democráticos de governo, a despeito de toda produção real de desigualdades bem como de outros mecanismos análogos, como o de regulação social e acumulação por espoliação que tem caracterizado as sociedades no modelo capitalista contemporâneo.

Nessa jornada contínua das sociedades democráticas e de Direito, em construção e reconstrução, o projeto social de defesa permanente da democracia deve ser parte indissociável do próprio pacto social estabelecido. Importa também que se construa em oposição ao funcionamento do biopoder e do necropoder, enquanto formas de poder estatal que exercem laços diretos de dominação do Estado ou de Governos sobre o direito humano à vida.

## 2.2 O DIREITO À SAÚDE COMO UM DIREITO HUMANO

Saúde e doença são objetos permanentes de reflexão em todas as sociedades, desde a antiguidade. A saúde destaca-se como um tema contínuo, para além da área Médica ou das Ciências Biológicas, que está presente no campo das Ciências Humanas, do Direito, da moral, da cultura e da política, e que fundamenta a formulação de regras sociais, jurídicas, práticas e morais, individuais e/ou coletivas, que visam, sobretudo, prevenir doenças – proteção da saúde. A doença, de outro lado, enquanto elemento que traz vulnerabilidade e, por vezes, ameaça a existência humana exige explicação, compreensão, combate e cura.

Até a segunda metade do século XX, prevalecia o conhecimento médico como balizador das sociedades, enquanto discurso legítimo e hegemônico sobre a saúde e a doença. Desde então, considerando as limitações aos conceitos dos termos saúde e doença do ponto de vista puramente físico e biológico, os estudos sociológicos começaram a analisá-los e incorporar-lhes condicionantes sociais, a partir das questões sobre as relações de saúde e sociedade.

Identificar as principais modificações que a saúde incorpora em termos conceituais traz a luz a materialização dessa sua dimensão social. No século XVII, século das luzes, Descartes afirmava que a saúde é o bem supremo a que todos nós devemos aspirar, e que a sociedade deveria empregar muito mais esforços para fazer com que a medicina pudesse descobrir as causas das enfermidades. Daí advém o conceito iluminista do século XVIII no qual a saúde é definida simplesmente como a ausência de doenças. De maneira utilitarista, o século XIX define saúde como um estado de bem-estar social, garantido por um conjunto de serviços de alcance coletivo, fundamentado nas origens da saúde pública, na Inglaterra, e compreende-a como resultante de uma soma de iniciativas que melhoram as condições do ambiente, da moradia, da alimentação etc. Esse é o conceito que ressoa na definição famosa da Organização Mundial da Saúde (OMS), no século XX, na qual a saúde é entendida como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, que se pretende poder ser estendido a todas as pessoas como direito de cidadania. Nesse sentido a saúde fica incorporada ao conceito de seguridade social, sendo garantida a cada cidadão e ao corpo social, tendo em conta as vicissitudes do futuro e não apenas as do presente. (Vasconcelos, 2001)

Roberto Passos Nogueira entende que a conformação da cultura contemporânea é caracterizada pela sobrevalorização da saúde, especificamente na forma de higidez do corpo, denominada higiomania. De um ponto de vista sociológico, é dada ênfase a uma responsabilidade individual na construção da saúde, com a retomada de uma extraordinária valorização das ciências da saúde e da biologia, especialmente da genética, a partir das consideráveis mudanças no plano do conhecimento científico e com a biotecnologia consolidando-se como força produtiva em indústrias de ponta. De certo modo, revive os modelos higienistas com uma orientação plenamente democratizada, no sentido que se aplica a todo o mundo e se integra ao nosso cotidiano por meio da mídia e dos meios eletrônicos de comunicação de tal maneira que mal nos damos conta de sua incorporação. (Nogueira, 2001)

É nesse sentido ampliado e multidisciplinar que a saúde vem historicamente firmando-se como um valor central das sociedades desenvolvidas, juntamente com todo o conjunto de conhecimentos e produtos correlatos a ela, gerando valor agregado e a ampla expansão dos seus serviços, destacadamente no âmbito privado, incorporando-lhe progressivamente elementos mercantilistas.

A relação entre Direito e saúde fundamenta-se a partir das noções de saúde pública da Roma Clássica e seu notável aparato público de proteção sanitária no século I a. C. com a construção de sistemas sanitários e organização de serviços de saúde. Os conhecimentos urbanísticos, de arquitetura, engenharia hidráulica e administração pública foram empregados na organização das cidades romanas de forma que magnânimos aquedutos compunham o sistema de provisionamento da água potável, ao tempo em que implantaram as latrinas e os sistemas de evacuação de esgoto sanitário em forma de rede. Termas eram utilizadas como centros de cuidados da saúde e higiene da população. Contudo, apenas as camadas mais abastadas tinham condições de custear os médicos existentes e havia uma forte preocupação com os aspectos sanitários relacionados à prevenção e ao tratamento das doenças nas camadas mais pobres e expostas da população. Logo, a introdução de uma medicina social e pública foi uma das inovações romanas, com médicos contratados pelas cidades para tratar doentes que não tinham condições financeiras de custear seus tratamentos. (Rosen, 1958)

Apenas na Idade Média são retomadas ações de relevância na saúde pública, com as grandes epidemias da Europa do século XIV, quando um terço da população europeia foi dizimada pela peste. Os poderes públicos se viram forçados a tomar medidas urgentes para a proteção da saúde da população em geral, mas prioritariamente da nobreza ameaçada. Assim surgiram os primeiros Conselhos de Saúde, exigindo ações urgentes das autoridades e organizados ao norte da Itália, consolidando-se durante a Renascença, enquanto organizações mais perenes de saúde pública. Portanto, nas epidemias a saúde pública, para além de uma ciência, exerce também uma espécie de poder estatal, posto que se faz necessária a proteção da saúde coletiva diante de fenômenos sanitários coletivos que justificam e demandam a intervenção dos governantes

As questões multifacetadas que envolvem a saúde pública estão inseridas na complexidade do tecido social de tal forma que, quando o Estado define suas ações estatais visando temas de saúde pública, a partir de prioridades sociais, econômicas, políticas e outras, o Direito é levado também a regular sobre esse tema, pois a realidade social é considerada também um objeto de interesse da saúde pública.

Tornar visível e compreender a operação de tradução que uma sociedade faz para transformar uma questão de saúde pública em uma questão do Direito são processos fundamentais para o desenvolvimento social e constituem também o cerne da democracia sanitária [...] que é o regime de governo do povo, aplicado aos temas

relacionados à saúde individual e coletiva, por meio do qual os cidadãos participam e influem ativamente, de forma deliberativa ou consultiva, nos processos de tomada de decisões estatais de saúde de competência dos Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário.[...] Considerando-se a necessidade de legitimação democrática do Direito nos Estados Democráticos de Direito, o reconhecimento da saúde como um direito humano fundamental e o estabelecimento de garantias jurídicas para a sua plena realização devem também ser legitimados por meio da democracia. A tradução das questões de saúde pública para o Direito deve se dar de forma participativa, com base na realidade de uma sociedade a partir de instituições e processos democráticos previamente estabelecidos, capazes de garantir aos cidadãos a participação tanto nas definições do próprio conceito e da abrangência do direito à saúde quanto na sua aplicação pelo Estado. (Aith, 2017)

Para Costa (2008) o direito à saúde é um direito intimamente vinculado à solidariedade estatal e à cidadania. O indivíduo vivendo no território de um Estado é cidadão desse Estado e tem direito à saúde. Então o direito à saúde seria a consequência da evolução do próprio conceito de direito progressivamente estendido para toda a sociedade. Portanto, nas democracias atuais os cidadãos reivindicam o reconhecimento de novos direitos à cidadania, não apenas inerentes ao indivíduo cidadão, mas que são direitos de toda a pessoa que vive na sociedade, que deve ser igualitária e redistributiva do produto interno bruto.

É na constituição da Organização Mundial da Saúde, em 07 de abril de 1948, que ocorre a primeira menção à saúde enquanto direito humano no âmbito internacional, sendo desde então reconhecido como um direito humano voltado à preservação da vida e da dignidade humana e incorporado a várias normas internacionais. O consagrado conceito de “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções e enfermidades” é complementado, em 2014, “o gozo do grau máximo de saúde que se possa alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social”. (OMS, 2014)

Contudo, é importante compreender que quando os direitos humanos são reduzidos a um caráter simplesmente normativo perdem a sua capacidade de impulsionar mudanças sociais e de apresentar alternativas aos quadros fáticos de violação de direitos. Tal raciocínio, por extensão, aplica-se, também, ao Direito, que quando reduzido a uma dimensão puramente normativa, ou exclusivamente positivista, perde a sua capacidade de ofertar alternativas para o enfrentamento de problemas públicos, não cumprindo seu objetivo em relação às políticas públicas. O processo de concretização dos direitos humanos, suas evoluções e involuções, tem relação direta com a própria dinâmica de dimensão e conformação do Estado ao longo do tempo. Assim, em um plano político, esse processo de concretização de direitos resulta da luta

antagonista contra a expansão material e generalização ideológica do sistema de relações imposto pelos processos de cumulação mercantil. (Suxberger, 2021)

Assim, é a sociedade organizada e mobilizada que impulsiona o Estado e os governos a assegurar e cumprir o direito humano à saúde, a partir de recursos suficientes e com políticas e estruturas que o promovam e o protejam, ofertando um conjunto de serviços sociais e de saúde que favoreçam o respeito contínuo aos direitos humanos.

No Brasil o direito humano à saúde é uma obrigação legal, a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que refletiu na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 (CF). A Constituição Cidadã tem como princípios a dignidade humana e os direitos fundamentais, incluindo a saúde, que incorporam valores éticos e de justiça fortemente contemplados em todo texto constitucional e que servem como fundamentação e critério para a interpretação de todas as normas do ordenamento jurídico nacional. (Piovesan, 2008)

### 2.3 A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA E O SUS

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e suas mobilizações foram fundamentais na redemocratização do país e na formulação do direito humano e constitucional à saúde. Como um de seus resultados dá-se o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual o papel da Participação e do Controle Social são centrais, a partir dos Conselhos e das Conferências de Saúde, pela construção da democracia participativa, permitindo avançarmos com as políticas de saúde e por vezes atuando para evitar retrocessos.

Reconhecendo a sua natureza de fenômeno histórico e social, Reforma Sanitária seria, portanto, um processo em constante transformação diante das iniquidades, injustiças sociais e desigualdades, além dos desafios epidemiológicos emergentes. Como tal, permanece ainda necessária e presente, diante dos fatos produzidos na atualidade e de certas acumulações de natureza política, econômica e cultural que podem gerar novos fatos e assim sucessivamente. (Matus, 1997)

Importante destacar a Reforma Sanitária como um movimento do final do século XIX início do século XX, que não ocorreu unicamente no Brasil, característico pelo desenvolvimento das ciências médicas, descobrimentos no campo das doenças infecciosas e do

trabalho, condições de vida nas cidades, relação entre moradia e doença, incluindo as contribuições do livro *O Capital*, de Karl Marx, de químicos como Pasteur e de cientistas como Oswaldo Cruz. Em momento posterior, ou nova fase de Reforma Sanitária, envolveu a tendência contraditória de conquistar o direito universal à saúde e construir serviços nacionais ou sistemas integrados de saúde (Berlinguer, 1988)

Para Paim (2008) as Reformas Sanitárias contemporâneas podem ser exemplificadas historicamente, a partir de sua construção, em dois grupos: como consequência de uma revolução política e social (Rússia, China e Cuba) ou como parte de um processo vinculado a uma revolução democrática, com as classes trabalhadoras e a intelectualidade comprometidas exercendo papel de vanguarda (Reino Unido, Canadá, Espanha, Portugal, Itália e Brasil).

Em brevíssima contextualização do papel estatal sobre a saúde na história brasileira nota-se no Brasil colônia um paraíso tropical com múltiplas e frequentes doenças, contudo sem nenhuma ação de relevância por parte da coroa portuguesa. No império, e até o final do segundo reinado, o país era visto como um dos lugares mais insalubres do planeta, devendo ser evitado por viajantes em razão das frágeis medidas sanitárias que infligiam ao seu povo enfermidades e morte, com os surtos epidêmicos de peste bubônica, febre tifóide e cólera. Foi nesse cenário que, entre o final do século XIX e início do século XX, surgiu o modelo de sanitarismo campanhista e nasceu a república, com sua onda positivista e a promessa de ordem e progresso, tendo como prioridade nacional a modernização da sociedade e da economia. Nesse lastro, a saúde passa a ser vinculada com a capacitação física e intelectual da força de trabalho. Essa lógica de uma saúde garantida apenas para aqueles com carteira de trabalho assinada, e mediante contribuição, ou para aqueles que pudessem pagar por ela, colocava a maioria da população fora do sistema. Tal situação foi um dos motes do acirrado debate sobre as condições de saúde da sociedade brasileira, basilar para a defesa da saúde como um direito de todos, independentemente de contribuição ou riqueza, e determinante para o decisivo papel do movimento da RSB no processo de redemocratização e construção constitucional da década de 1980. (Delduque & Oliveira, 2008)

Merece ênfase o modelo do sanitarismo campanhista, com destacado papel de Oswaldo Cruz, ao fundar, em 1900, no Rio de Janeiro, então capital brasileira, o Instituto Soroterápico Nacional, que daria origem à Fundação Oswaldo Cruz. No período em que foi

Diretor Geral de Saúde Pública, Cruz constituiu amplo aparato jurídico para dar sustentação às ações que empreenderia com vistas a erradicar a febre amarela, a varíola e outras doenças. Desse modo, a marca da saúde pública brasileira no início do século XX foi o saneamento de portos para prover condições ambientais e de saúde para que não prejudicassem exportações, além da vacinação para combate das epidemias e controle de população de mosquitos que transmitiam malária e febre amarela. Vacinação obrigatória, demolição de moradias coletivas consideradas insalubres, adequações às vias públicas e fiscalização do comércio de alimentos estavam entre as ações que tinham o objetivo de manter os espaços públicos em condições adequadas para circulação de mercadorias, favorecendo o comércio, protegendo exportações e finalmente controlando as epidemias, principalmente em Santos, no Rio de Janeiro, em Recife e em Salvador. Esse modelo de intervenção, com as devidas adequações, ainda é utilizado na atualidade com finalidade sanitária, enquanto estratégia para lidar com epidemias e endemias, na forma de campanhas de saúde pública.

O campanhismo fundamentava suas ações tanto no higienismo, influenciado pelas correntes miasmáticas preocupadas com as condições ambientais que desencadeariam as epidemias, quanto no biologismo, que se apoiava nos conhecimentos microbiológicos para explicar doenças e epidemias e via nos micróbios as causas determinantes das ameaças à saúde da população. Não bastava, acreditavam lideranças como Oswaldo Cruz, Adolpho Lutz, Vital Brazil e Geraldo de Paula Souza, que as pessoas tivessem acesso aos médicos. Era preciso cuidar da higiene pública, promover a educação sanitária das pessoas. A isso deveriam se dedicar os profissionais de saúde pública, os sanitaristas que o país deveria formar. As ideias eugênicas e higienistas sensibilizavam corações e mentes no Brasil da primeira metade do século XX. (Narvai, 2022)

O período do regime militar, instaurado pelo golpe de 1964, vigorou no Brasil entre 1964 e 1985, manteve a oferta dos serviços de saúde restrito a quem tinha carteira assinada, e representou a exacerbação das relações assimétricas de poder do Estado em relação à sociedade, especialmente em seu primeiro momento, quando foram aplicados pesados mecanismos repressivos contra opositores, silenciamento de contestações, suspensão do Estado de Direito e de órgãos de representatividade. Em momento posterior, a ditadura brasileira caracterizou-se por uma democracia representativa de fachada, com um sistema bipartidário sob o “terror do Estado”. (Faleiros, apud Brasil 2006)

Como consequência da ditadura cívico-militar a supressão de direitos e garantias democráticas alcançou inúmeras dimensões da vida nacional, e notadamente sobre a cultura abateu-se controle e censura rigorosos e implacáveis. De outro lado, os setores de produção

científica ressentiram-se da falta das liberdades democráticas. Milhares de brasileiros foram perseguidos e presos, legal e ilegalmente, no trabalho, em escolas, em suas casas e nas ruas. Registros comprovam que houve tortura de cidadãos e assassinatos. (Narvai, 2022)

Apesar da mordaza à participação, no início da década de 1970, a dinâmica da sociedade civil dá sinais de transgressão, também valendo-se do espaço restrito de “democracia” oficializado pelo regime militar, com os resultados das eleições indiretas, de forma crescente, tendendo à oposição consentida ao governo pelo Movimento Democrático Brasileiro (MDB). Os movimentos sociais urbanos de periferia ascendem gradativamente, demandando por políticas públicas com participação popular, em oposição ao regime autoritário. Nesse cenário, em meados da década de 1970, surge o movimento da RSB postulando a democratização da saúde, pois desde a Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, da qual o Brasil não participou, o objetivo estabelecido era de saúde para todos até o ano 2000, emergindo por estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde, enquanto sujeitos sociais, passando a defender as mudanças na saúde e atuar nas lutas contra a ditadura e pela redemocratização do país, com destaque para a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979. (Lacorte, 2017)

A abertura política foi um processo de liberalização da ditadura militar, de forma lenta e gradual, que teve início em 1974, no governo Geisel (1974-1979), com pequenos avanços e recuos marcados por ações intimidativas de parte dos setores do regime militar contrários à redemocratização, contra as manifestações e expressões oposicionistas, e que se estendeu até o final do governo Figueiredo (1979-1985), terminando em 1985, em um regime de transição negociada, e com a reconquista da democracia, que vem a ser definitivamente assegurada em 1988 com a promulgação da nova Constituição.

No início da década de 1980 o regime autoritário enfrenta uma crise abrangente de legitimidade diante da sociedade, em especial nas suas políticas setoriais de saúde e previdência, resultantes da recessão, do desemprego, do aumento da dívida pública e da queda de arrecadação. O movimento de mobilização em todo país composto por uma frente ampla de todos os opositores do regime militar, denominado Diretas, Já! conquistou a instauração de um governo civil eleito de forma indireta no ano de 1985, que elegeu Tancredo Neves, mas em razão de seu falecimento, José Sarney assumiu a Presidência da República. Já no ano seguinte



instala-se uma Assembleia Nacional Constituinte (ANC) composta pelos congressistas previamente eleitos pelo voto indireto.

Com o processo de transição política e redemocratização são abertos espaços para o embate entre os setores privatizantes e os sociais estatizantes, em torno e por disputa das políticas públicas e seus correlatos, sobretudo a distribuição e uso dos recursos financeiros, pelas estratégias de legitimação, controle, negociação e concessões políticas. O conjunto heterogêneo das forças políticas da época, conservadoras e progressistas, privatistas e estatizantes, resultava na ausência de uma hegemonia em ambas as partes. (Brasil, 2006)

Pela retomada gradual da democracia foi possível que, em 1986, fosse realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), pela primeira vez com a participação da sociedade brasileira, onde afirmou-se o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, orientando a organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) universal, descentralizado e democrático. Os anais daquela Conferência de Saúde trazem o corpo doutrinário e o conjunto de proposições políticas que fundamentaram o tema da saúde na Constituição Cidadã de 1988, direcionando para a democratização da vida social e para uma Reforma Democrática do Estado, assegurada a participação da comunidade no novo sistema de saúde proposto. (Brasil, 1986)

A 8ª CNS faz com que esta questão transborde, faz com que a questão da saúde tenha que ser assumida pela sociedade como um todo. Ela é assumida como uma questão central, como uma questão do seu objetivo, que deveria, então, ser transformada, ao ser conquistada, em um objetivo de governo, e não mais em um objetivo de um, dois ou três ministérios ou de um determinado grupamento social representado pelos profissionais da saúde. [...] Me parece que esse é o grande salto que se dá, a grande chance, a grande potencialidade que o movimento ganha. [...] Nesse sentido, a 8ª CNS propõe já não mais a questão do Sistema Único de Saúde como uma exclusividade, mas propõe a Reforma Sanitária. E passa a ser um movimento da sociedade, ou pretende ser um movimento da sociedade. (Rodrigues Neto, apud Brasil, 2006)

As Conferências de Saúde foram instituídas em 1937, pela lei nº 378, contudo apenas em 1941 ocorre a primeira conferência nacional. Caracterizavam-se, até então, pela participação apenas de especialistas, técnicos governamentais e convidados especiais para questões estritamente sanitárias. Com a potência do movimento Diretas, Já! em prol das eleições diretas no Brasil, que antecederam a 8ª CNS, a “oitava” foi delineada como uma conferência para a ampla participação da sociedade, de forma inédita, pela realização de pré-conferências municipais e estaduais, e depois reunindo em Brasília cerca de 5 mil pessoas,

sendo mais de mil delegadas, para discutir os temas: 1. Saúde como direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 3. Financiamento setorial.

Nesse contexto são diversos os registros que associam a criação do SUS à campanha das Diretas, Já!, à 8ª CNS e às emendas populares colhidas em abaixo-assinados em todo país, destinadas à ANC, em um período de mobilização cidadã fundamental para a conquista do direito universal à saúde. Destaca-se na convocação da 8ª CNS a intencionalidade de ampliar o debate setorial da saúde e promover o maior acúmulo possível de forças sociais para viabilizar a reforma que estava sendo formulada e propagada pelo movimento da RSB, com importante papel de Sérgio Arouca, então presidente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e, não casualmente, presidente da “oitava”, que viria a ser considerada a “Constituinte da Saúde”:

[...] esta conferência não podia ser igual às outras que a antecederam [pois tem] natureza e caráter absolutamente distintos. Ela não podia ser uma conferência de funcionários, uma conferência de empresários. Esta é uma conferência da população brasileira [pois] pela primeira vez se encontram o setor saúde e a sociedade. (Arouca, 1986)

Esse movimento de democratização da saúde que tem como ápice a sua garantia enquanto direito constitucional, é denominado Reforma Sanitária Brasileira, definida por Escorel (1998) como um conjunto organizado de pessoas e grupos, partidários ou não, articulados em redor de um projeto. Carvalho (1995) complementa esse conceito incorporando que o projeto tem desenho e conteúdo construídos ao longo do tempo, a partir de um conjunto de práticas que, em 1976, Arouca caracterizou em três níveis: prática teórica (construção do saber), prática ideológica (transformação da consciência) e prática política (transformação das relações sociais).

Discutir a REFORMA SANITÁRIA nos seus aspectos conceituais, ideológicos políticos, e institucionais é, atualmente tarefa fundamental de todos aqueles que, em diferentes países como o Brasil, Itália Bolívia, Espanha, Portugal etc. estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela Reforma Sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil. (Arouca, 1989)

Passada a 8ª CNS o desafio posto estava na arena de disputas e conflitos da Assembleia Nacional Constituinte, cujo bloco conservador aglutinou-se ao bloco de centro em movimento contrário aos direitos sociais. Isto posto, os defensores do movimento da RSB organizaram uma Plenária Nacional de Saúde visando inserir no texto constitucional as deliberações da Conferência e as suas teses e propostas. A plenária congregou parlamentares,

entidades sociais, movimento sindical, entidades profissionais, partidos políticos e secretários de saúde e de assistência social, com o objetivo de promover mobilização e interlocução necessárias para pactuação de apoio do Congresso Nacional, com destaque para o caráter suprapartidário desse movimento.

Assim, a Constituição Federal é promulgada, em 22 de setembro de 1988, com características liberais, democráticas e universalistas, expressando as contradições da sociedade brasileira, ao passo em que preservou monopólio estatal no âmbito econômico, no plano social consignou direitos a mulheres, crianças, indígenas e trabalhadores rurais, e nas áreas de saúde, previdência e assistência social assegurou a coexistência entre as políticas estatais e as de mercado. (Faleiros apud Brasil, 2006)

O texto constitucional incorporou as principais diretrizes da 8ª CNS na sua Seção II, Da Saúde (Capítulo II, Da Seguridade Social; Título VIII, Da Ordem Social). Contudo, o detalhamento e regulamentação das diretrizes foram remetidos à legislação complementar infraconstitucional. Desta feita a mobilização da Plenária Nacional de Saúde permaneceu no período pós-constituente com os vários segmentos sociais envolvidos divididos em dois blocos polarizados, os defensores da RSB e os seus opositores, organizados na Federação Brasileira de Hospitais e outras entidades do setor privado, que se mobilizavam junto às bancadas dos parlamentares de diversos partidos.

O SUS concebido nos preceitos constitucionais e advindo do ideário da RSB deve manter seu caráter integrado ao sistema de seguridade social, contemplando a saúde na perspectiva social, política e econômica enquanto um direito social, e cabendo ao Estado garanti-lo a todas as pessoas. Um sistema com caráter universal, equânime, com assistência integral, descentralizado, hierarquizado e participação assegurada à comunidade organizada em entidades e movimentos sociais. Ou seja, propunha-se a institucionalizar no Brasil um sistema universal de saúde com os fundamentos de um Estado de Bem-estar Social.

Contudo, entre a promulgação da CF, em 1988, e dezembro de 1990 as contendas foram acirradas na construção da legislação infraconstitucional, no governo do Presidente Fernando Collor de Mello. Destaca-se a disputa pela municipalização enquanto estratégia para cumprimento do preceito constitucional da descentralização, com os setores contrários defendendo a centralidade no governo federal e a importante mobilização do Conselho Nacional

de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) com o tema “Saúde: municipalização é o caminho”. Então, em 19 de setembro de 1990, é promulgada a Lei nº 8.080, que regulamentou os dispositivos constitucionais sobre a saúde e o SUS. (Brasil, 1990)

Porém, Collor recusou-se a acatar a participação popular no planejamento e na gestão bem como a assegurar o financiamento compartilhado entre União, estados e municípios, com a transferência regular e suficiente de recursos no âmbito da Seguridade Social para os entes federativos. A intensa pressão dos movimentos sociais e entidades de saúde, juntamente com estados e municípios, desencadeou a promulgação da Lei nº 8.142, em 28 de dezembro de 1990. Entretanto, seu governo seguiu centralizando ações e reativo à desconcentração da gestão. (Brasil, 1990)

Portanto, desde a origem é muito difícil a manutenção do financiamento do sistema e segue perdendo recursos progressivamente, a cada orçamento anual e comprometendo o cumprimento de sua missão pela asfixia crescente dos recursos que o financiam. Do ponto de vista institucional segue como um padrão e modelo de relação interfederativa para outras áreas da gestão pública, especialmente pela criação das Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Tripartite (CIT), e dos Conselhos e Conferências de Saúde enquanto espaços de participação da comunidade. Essa dicotomia reforça a necessidade de permanência da mobilização social, especialmente nos espaços institucionalizados de participação no SUS.

No que diz respeito ao financiamento, é possível afirmar que o SUS jamais contou com financiamento adequado. Já se mostrava insuficiente o custeio proveniente da Emenda Constitucional (EC) nº 29 (Brasil, 2000), que definiu uma execução mínima de valores aos entes federados, sendo 12% para estados e 15% para municípios, incididos sobre a receita de impostos e cabendo à União empenhar valores acrescidos da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior. Em 2015, o quadro se agrava com as novas regras de aplicação de recursos federais para a saúde, estabelecidas pela EC nº 86 (Brasil, 2015), que indexou o gasto federal mínimo com saúde à Receita Corrente Líquida (RCL) da União (a partir de 13,2% da RCL e com projeção de 15% em 5 anos). Porém, esses percentuais são baixos, especialmente considerando o impacto da crise econômica sobre a arrecadação, e para além disso a EC nº 86 tornou as emendas individuais contabilizadas ao piso da saúde e não mais como um recurso extraordinário. (Moretti, 2021)

O crescimento nominal e real dos gastos com saúde entre os entes federados, ocorre em ritmo bem maior para os entes subnacionais. Desde 2000 a queda da participação da União nos gastos públicos de saúde são preocupantes para a sustentabilidade financeira do SUS, já que ela dispõe de maior capacidade financeira para realizar gastos, tendo em vista que emite moeda, na qual é denominada sua dívida soberana. Por exemplo, o cálculo do gasto público em saúde de todos os entes federados no ano de 2019 foi equivalente a R\$3,79 per capita/dia, ou seja, esse é o valor que o SUS custou para garantia universal do direito à saúde, desde a vacina, passando por transplante, cirurgias, exames, consultas, medicamentos de alto custo, entre outros. (Chioro, 2021)

É responsabilidade do Estado e das instituições públicas encontrar soluções com as quais se possa enfrentar a escassez de recursos, sem negligenciar o direito universal de acesso ao SUS, pela adoção de novos mecanismos legais capazes de assegurar fonte permanente de financiamento para a saúde, reconhecendo que os percentuais mínimos obrigatórios são importantes, mas insuficientes para assegurar o direito à saúde de forma equânime e igualitária. É necessário incorporar a isto o aperfeiçoamento da gestão, novos modelos assistenciais, a combinação da definição de prioridades com a universalidade do acesso e a consolidação do controle social nas três esferas do governo (abrangendo todo processo do SUS). (Barbosa, 2008)

Entretanto, em 2016, o Estado Democrático e de Direito do Brasil sofre novo golpe, dessa vez um golpe político, que destituiu a presidenta eleita democraticamente, Dilma Rousseff, e instalou um governo reformista para viabilizar as estratégias ilusório-utópicas do capital internacional norte-americano. (Carvalho, 2021)

O Golpe de Estado brasileiro no ano de 2016 tinha como um dos tantos discursos ideológicos oferecer a retomada do crescimento econômico brasileiro para a geração de empregos. No entanto, o projeto de classe posto não somente pelo presidente Temer (2016-2018), um dos articuladores do Golpe, mas pelas diversas instituições – do Estado ou do setor do capital privado –, viram seu discurso cair por terra, pois o crescimento econômico nunca chegou e nem os empregos aguardados pela classe trabalhadora. Ao contrário disso, presenciamos um dos maiores projetos que condicionou a classe trabalhadora a um maior nível de precarização do trabalho. Afinal, o projeto burguês que levou ao Golpe de 2016 mostra o lugar ocupado pelo Brasil no sistema capitalista de produção, o de periferia do capital, território produtor de matéria-prima, de commodities e mão de obra barata para ser explorada constantemente. Uma vez que o modo de produção capitalista se encontra em crise, os países tidos como periferia do capital são eminentemente assaltados para que a taxa de lucro do capital volte a crescer. (Carvalho, 2021)

Para o financiamento do SUS a consequência mais drástica do golpe seria o Novo Regime Fiscal, estabelecido pela EC nº 95 (Brasil, 2016), com efeitos por 20 anos, no qual as despesas primárias da União passam a ser corrigidas apenas pela inflação, considerando o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), para o período de 12 meses, acumulado até junho do exercício anterior. Também congelou os valores mínimos obrigatórios para a saúde, a partir de 2018, ao patamar de 2017, o que equivalia a 15% da RCL, e a partir de então atualizados apenas pelo IPCA. Em termos práticos a EC nº 95 impediu que ganhos na arrecadação sejam repassados ao SUS, ainda que haja aumento na RCL, em uma espécie de confisco de receitas que deveriam custear o SUS, na medida em que promove a desvinculação do gasto de saúde. Dessa maneira, afronta diretamente a garantia do direito à saúde ao parametrizar seu gasto mínimo apenas pela inflação, desconsiderando fatores estruturais e conjunturais que pressionam o SUS, como: crescimento populacional, transição demográfica e epidemiológica, incorporação de tecnologias, vazios assistenciais e a inflação da saúde, que usualmente é maior que a inflação média brasileira. (Moretti, 2021)

As restrições da EC nº 95 têm impacto ainda maior ao SUS ao consideramos que se aplicam a um sistema público de saúde historicamente subfinanciado. O gasto público de saúde no Brasil representa cerca de 4% do PIB, valor muito inferior, por exemplo, àqueles aplicados por outros países com sistemas universais de saúde, mesmo após sofrerem ajustes fiscais severos. Além disso, o gasto público de saúde equivale a menos da metade do gasto total do setor, segundo dados da Organização Mundial de Saúde, enquanto o sistema de saúde do Reino Unido, por exemplo, mesmo impactado pela austeridade, representa cerca de 80% do gasto total de saúde. (Chioro, 2021)

O projeto político e social do neoliberalismo, hegemônico no Brasil, não foi capaz de solucionar nossas profundas desigualdades sociais. Ao mesmo tempo, o estado brasileiro não vem sendo capaz de organizar e coordenar o setor privado de saúde, que opera também como polo de acumulação e reprodução de capital. Essa característica mercantil do setor privado produz efeitos nocivos ao setor público, induzindo práticas de saúde que não reconhecem o cuidado em saúde como um direito. (Narvai, 2022)

Portanto, apesar da resistência dos movimentos sociais e de parte dos trabalhadores da saúde, quer seja organicamente quer seja quando mobilizados nos espaços institucionais de Participação e Controle Social, dos Conselhos e das Conferências de Saúde, em alguma medida mantendo vivo o ideário da RSB, é o neoliberalismo que modela o SUS, gerando

desfinanciamento, precarização das relações e condições de trabalho e, em cadeia, ocasionando barreiras de acesso da população. Assim, ainda há muito o que se fazer para assegurar o direito humano à saúde como posto no texto constitucional, quiçá a partir da conformação e ampliação de uma base social potente e disposta a modificar as relações sociais de poder em direção a uma conjuntura de justiça social.

## 2.4 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS

Nas décadas de 1970 e 1980 centenas de movimentos sociais, por todo país, organizavam-se para reivindicar liberdades democráticas, em absoluta reação às restrições impostas pela ditadura. Militantes políticos, ativistas de comunidades eclesiais de base da igreja católica, sindicalistas e outros grupos juntaram-se às entidades populares e lideranças comunitárias para apoiá-las e organizá-las politicamente em prol das pautas pelo direito à saúde, saneamento, moradia e questões específicas das comunidades que favorecessem melhores condições de vida. Embora as lutas fossem locais, o objetivo também era alcançar abrangência nacional, reconhecendo que sem a retomada democrática e sem leis que amparassem as reivindicações populares pouca coisa mudaria, portanto, a necessidade de organização política, mobilização e luta.

[...] foram sendo criados gradativamente em São Paulo fóruns de articulação como os Conselhos Populares de Saúde, autônomos e independentes de instituições estatais, com conselheiros eleitos diretamente pela população nos bairros e regiões; a Plenária Estadual de Saúde, reunindo entidades e movimentos ligados ao setor popular; as Plenárias Municipais; a União dos Movimentos de Saúde, articulando entidades de usuários, categorias profissionais, representante de portadores de necessidades especiais, religiosos, entre outros. Fenômeno similar ocorreu em muitas capitais estaduais e grandes cidades brasileiras. (Narvai, 2022)

Portanto, o SUS nasce pela Participação Social e, constitucionalmente, institucionaliza-a nos seus mecanismos de Controle Social. Nesse sentido, em que pese o termo participação e controle social comumente configurar-se lexicalmente como termo uníssono, cabe um breve registro da diferença conceitual de cada um dos termos, no sentido de reconhecer o caráter mais institucionalizado a ser dado ao controle.

A Participação Social é um importante mecanismo de aperfeiçoamento da democracia, permitindo ações políticas que tenham maior consonância com a vontade dos cidadãos. O empoderamento e a pressão social também são elementos relevantes para

potencializar a participação e gestão compartilhada de políticas públicas entre Estado e sociedade. (Ventura, 2016)

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

É garantida constitucionalmente a participação da comunidade enquanto uma das diretrizes do SUS e organizada na legislação infraconstitucional, em âmbito federal na forma da Lei Federal nº 8.142/1990, além de leis próprias nos estados, municípios e no Distrito Federal, que estabelece de maneira inequívoca a constituição das Conferências e dos Conselhos de Saúde, nacionais, estaduais e municipais, como instâncias colegiadas e eixos institucionais estruturantes da participação democrática em saúde do país. Tal característica garantiu ao SUS a proteção constitucional necessária para não ter os Conselhos de Saúde extintos pelo decreto nº 9.579/2019 (Brasil, 2019) quando cerca de 650 colegiados foram extintos pelo Presidente da República Jair Bolsonaro.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

[...] III - participação da comunidade (Brasil, 1988)

Art. 1º. [...] contará, em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas:

I – a Conferência de Saúde; e

II – o Conselho de Saúde (Brasil, 1990)

A Conferência de Saúde tem o papel e a perspectiva de expressar as demandas sociais e de saúde da população, enquanto espaço de reflexão plural e abrangente da situação de saúde, definindo princípios, diretrizes e propostas que devem orientar todo o processo de formulação das políticas públicas de saúde a serem consideradas pelos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. São realizadas periodicamente com temas definidos pelo Conselho Nacional de Saúde que as convoca.



Enfim, as conferências representam o momento maior do exercício da democracia sanitária no País, devendo as autoridades públicas de saúde observar suas deliberações o mais fielmente possível. (Aith, 2017)

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, em caráter permanente e deliberativo, compostos por representantes do governo, de prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo distribuídos paritariamente nas proporções de 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores e prestadores de serviços, para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo. Não há relação de hierarquia, mas sim de cooperação e conformação de uma rede de conselhos. Deliberam, ainda, em atendimento a Lei nº 141/2012 (Brasil, 2012), sobre instrumentos obrigatórios de planejamento e gestão – Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), sobre os quais deve haver compatibilidade e alinhamento com os dispositivos orçamentários: Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

Há que se observar, particularmente, a complexidade e especificidade da atividade dos Conselheiros de Saúde no que diz respeito à análise das questões relacionadas ao planejamento em saúde e ao ciclo orçamentário, sendo fundamental que ações articuladas com outros órgãos de controle, como os Tribunais de Contas, Controladorias e Ministério Público, sejam uma constante no exercício do Controle Social e no sentido da construção de um círculo virtuoso de controle.

Além dos Conselhos e das Conferências de Saúde, a existência de outros institutos de participação democrática merece registro, embora não estejam estabelecidos nas leis orgânicas do SUS, pois, em alguma medida, podem se constituir em amplificação da defesa cidadã do SUS.

Os Conselhos Consultivos e as Câmaras Técnicas podem compor estruturas estatais, de forma consultiva, para contribuir com aportes e argumentos técnicos e políticos, para subsidiar os processos deliberativos de decisões. São exemplos relevantes para a saúde do Brasil e regulamentados: o Conselho Consultivo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Câmara Técnica de Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS) que conta com representantes do CNS, e os Comitês Técnicos do Ministério da Saúde (MS).

Nas Comissões Temáticas de Saúde no âmbito do Poder Legislativo, nos níveis federal, estadual e municipal, é possível apreciar sugestões de iniciativa legislativa apresentadas por associações e órgãos de classe, sindicatos, entidades organizadas da sociedade civil e pareceres técnicos, exposições e propostas oriundas de entidades científicas e culturais. Após apreciação e havendo parecer favorável a uma proposição legislativa as sugestões seguem para tramitação.

A Ouvidoria é um instrumento participativo que possibilita uma maior interação entre o Estado e os cidadãos, com o objetivo de ouvir as reclamações, sugestões e elogios, além de receber denúncias das mais diversas, como de violação direitos ou outros atos de improbidade administrativa praticados por agentes ou servidores públicos. Elas compõem a estrutura básica dos órgãos, contudo sem uma vinculação hierárquica, constituindo-se fundamentais para a comunicação e participação do cidadão na gestão do Estado, sendo recomendável que componham o interior das instituições estatais de forma permanente.

A Audiência Pública pode ser classificada como um processo administrativo participativo subsidiário, que pode ser utilizado pelas autoridades estatais dos três Poderes para melhor instruir os seus processos legislativos, executivos ou judiciais. Enquanto instrumento de participação popular, garantido constitucionalmente e regulado, também, por leis federais, Constituições Estaduais e Leis Orgânicas, permite ao poder público debater com a população a formulação ou os resultados de uma política pública, a elaboração ou os impactos de um projeto de lei, ouvir especialistas, interessados, acadêmicos, empresários, profissionais, enfim, debater com maior proximidade e mais ampla representatividade possível os temas importantes para a sociedade.

A Consulta Pública também pode ser considerada uma modalidade de processo administrativo participativo subsidiário, na qual o poder público consulta a sociedade sobre temas específicos relacionados à produção normativa ou à execução de políticas públicas, onde as contribuições devem ser recebidas formalmente, por meio físico ou eletrônico, com o objetivo de qualificar o processo decisório.

A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (CONITEC), por exemplo, garantiu o processo participativo consultivo em seu decreto regulamentador, impondo a obrigação de que todos os pareceres conclusivos emitidos pelo plenário sejam submetidos a consulta pública por um prazo de 20 dias. (Brasil, 2011)

Portanto, para além das Conferências e Conselhos de Saúde, o Estado Brasileiro, em sua democracia participativa, assegura um conjunto de instrumentos com garantias jurídicas que possibilitam a participação da sociedade nos diversos processos decisórios do Estado e que também devem ser utilizados como instrumentos para defesa do Sistema Único de Saúde.

Os Conselhos e as Conferências de Saúde, enquanto parte institucional do SUS e do estado brasileiro, ou seja, o Controle Social na saúde, são importante conquista de cidadania, portanto devem ser preservados, valorizados e aprimorados. Contudo, esses mecanismos, especialmente no caso dos Conselhos de Saúde, cuja composição dá-se por processo eleitoral para entidades e movimentos sociais, não esgotam todas as possibilidades de representação das pessoas, movimentos sociais e entidades da saúde, porquanto sejam referências de democracia participativa.

Destacaremos a partir daqui aspectos relacionados ao Conselhos de Saúde, reconhecendo que dentre os mais diversos conselhos de políticas públicas existentes, o Conselho Nacional de Saúde é considerado como paradigma de conselho bem-sucedido, compondo uma ampla rede brasileira de Controle Social em saúde, juntamente com cerca de 5.633 Conselhos de Saúde, distribuídos da seguinte forma: 5.569 conselhos municipais, 26 estaduais e o Conselho de Saúde do Distrito Federal, além dos 36 conselhos distritais de saúde indígena. (Santos, 2020)

Os números impressionam enquanto espaços formais com a função de deliberar e tomar decisões, formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução das políticas de saúde, indicando maiores possibilidades para a democratização da saúde, nos moldes de uma democracia deliberativa. Porém, estas funções não têm se dado de maneira efetiva, pois há estudos detectando problemas na qualidade da participação e estruturação dos conselhos, bem como sua compreensão enquanto esfera pública de exercício da cidadania. Esse cenário tem provocado crescente interesse de pesquisadores.

Evidenciar como a produção científica sobre conselhos e conferências de saúde se apropria de correntes teóricas para pensar e analisar a realidade concreta dessas instâncias participativas consiste no desafio que precisa ser enfrentado, especialmente na atual conjuntura de desrespeito a esses colegiados, cuja participação tem sido prescindida no processo de reformulação de políticas de saúde específicas. [...] (Silva, 2021)

Retomando à percepção de sucesso do CNS, Sato (2003) observou que a sua força institucional não está na participação de setores populares, embora esta lhe confira legitimidade diante dos demais órgãos da administração pública, e não vem da força das suas atribuições, nem da sua capacidade de articulação intraburocrática. Sua potência está na capacidade de influenciar políticas públicas na perspectiva da construção de um discurso que vai se referir ao sistema, ao atendimento da saúde como um todo, ao bem-estar geral, se apropriando de práticas, alianças e interesses, muitas vezes com objetivos conflituosos ou ganhos heterogêneos, mas dando-lhes uma direção, um caminho, uma justificativa. Para ser eficaz, esse procedimento exige que os agentes envolvidos acreditem no consenso, pelo menos como um objetivo ideal, possível em determinadas circunstâncias.

É nessas condições que o conselho consegue se impor como um lugar onde é possível construir sínteses “impossíveis”, colocar lado a lado como partes de uma mesma política instituições que, por si só, não conseguiriam realizar esse feito. (Sato, 2003)

Um elemento recorrente na arena de debates dos conselhos é o conceito dicotômico dos discursos e das decisões denominados “técnicos” ou “políticos”. Normalmente, convencionou-se atribuir reconhecimento técnico para exprimir uma opção isenta, baseada supostamente em critérios racionais ou legais e sugerida por especialistas com credenciamento “científico”, em contraste com fatores ditos políticos. De forma reducionista, os fatores políticos seriam o resultado da acomodação de um conflito entre agentes com interesses divergentes e que querem influenciar ações e comportamentos alheios. Contudo, tal conceito precisa ser definitivamente rompido, pois o que pode ser apresentado como uma questão puramente técnica não deixa de ser uma luta política por recursos e poderes, isto é, são elementos que devem convergir em direção ao debate propositivo.

[...] o reconhecimento de que os problemas de saúde não são apenas técnicos, mas também políticos, decorrentes de conflitos e acordos entre as mais diversas forças políticas. A ideia-chave é a de um Estado na sociedade, ou seja, um Estado atravessado por conflitos e embates, mas com áreas próprias à representação e à negociação política. (Sato, 2003)

Outro aspecto desafiador, que eventualmente gera sentimentos de frustração aos participantes de conselhos, seria o esforço empreendido que, no cotidiano, não produziria os

resultados esperados, sobretudo relacionado às deficiências do Sistema Único de Saúde (SUS) que incidem diretamente no engajamento cidadão nos processos participativos, em particular, as reconhecidas dificuldades de acesso da população aos serviços e a “baixa qualidade” da atenção, entre muitos outros problemas ainda não superados, que concentram as preocupações dos conselheiros por vezes desestimulando-os. (Labra, 2009)

São muitos os desafios encontrados pelos Conselhos de Saúde para executar sua missão, destacando-se os mencionados problemas de nepotismo e clientelismo que marcam a administração pública brasileira, ainda fortemente influenciada pela herança patrimonialista. São permanentes as disputas pela agenda dos conselhos com relação às definições sobre o que deve ser discutido em cada reunião, as lutas e dificuldades para ter acesso a dados e para poder compreendê-los. Não é nada fácil realizar a missão de cada conselho, com seus membros lutando para que haja respeito aos seus membros e para o desenvolvimento de práticas participativas nos marcos de uma cultura democrática preservando-se e valorizando-se a diversidade. (Narvai, 2022)

Em geral, os Conselhos de Saúde, ainda são pouco conhecidos para além do universo da sociedade civil diretamente envolvida e, por conseguinte, apresentam inúmeras fragilidades no que compete aos mecanismos legais sobre as decisões tomadas em seu interior. Márcio Florentino Pereira (2010) identificou atuação democrática de baixa intensidade, organização formal, restrições burocráticas e predomínio do papel de fiscalizar a gestão. É igualmente possível afirmar que há frágil conexão entre os conselhos e os movimentos populares, demonstrando talvez, uma descontinuidade entre a mobilização popular e a atuação nestas instâncias. (Busana, 2021)

Para Kohler (2015) embora os Conselhos de Saúde se destinem a ser inclusivos e participativos, na prática parecem ter pouco impacto no processo de formulação de políticas de saúde no Brasil. Suas deliberações são muitas vezes limitadas e controladas. O envolvimento limitado da sociedade civil também prejudica a forma como os interesses da sociedade são representados. Em seu estudo, com 38 entrevistas semiestruturadas e análise de dados do Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS), observou que os conselhos estão muito aquém de uma boa governança, apresentando: manipulação governamental e de lideranças sobre a agenda, atrasos na implementação da tomada de decisão, falta de treinamento dos membros em técnicas relevantes para o desempenho das funções, sobreposição de interesses restritos dos membros em detrimento às pautas coletivas, falta de transparência e de orientações de monitorização das políticas públicas, e falta de inclusão.

[...] só conseguirão cumprir a sua missão quando virmos uma boa governança amplamente presente. Isto exigirá um repensar das suas estruturas de governança, processos, adesão e supervisão. Se a mudança for rechaçada, permanecerão largamente limitados a uma boa ideia na teoria que é decepcionante na prática. (Kohler, 2015)

Por meio dos Conselhos de Saúde, os cidadãos podem influenciar as decisões do governo relacionadas à saúde e, também, o planejamento e a execução de políticas de saúde. Em que pese uma eventual percepção de que estejam impregnados de burocracia desnecessária, de ausência de participação e ainda não tenham alcançado o seu pleno potencial deliberativo, há que se reconhecer a permanente disputa invisível sobre o modelo de participação popular na democracia. Em um polo compreende-se a democracia vinculada basicamente à possibilidade de escolher os representantes políticos. De outro polo, não limitada às representações político-partidárias, uma democracia cotidiana pela participação popular nos espaços decisórios de formulação das políticas públicas, reconhecendo a legitimidade das reivindicações na construção dos direitos. Nesse tensionamento não parece ser coincidência que os monopólios da mídia, quando lhe convém, estabeleçam fortes editoriais com características de criminalização ora da política e ora das manifestações e movimentos sociais.

O aprofundamento democrático e emancipatório, que dá garantia aos sujeitos coletivos o direito à participação popular em defesa de seus próprios direitos, ao mesmo tempo permite que os espaços institucionalizados representem uma dimensão real do pluralismo democrático.

O discurso de participação social ou cidadania participativa não encontra efetividade nem legitimidade se estiver afastado do poder decisório do estado. (Sousa Júnior, 2015).

Portanto, apesar de todas as dificuldades e desafios, os Conselhos de Saúde podem e devem ser reconhecidos como espaços de cidadania ativa, termo designado por Marilena Chauí, pois, ainda que minimamente pelo caráter normativo, já cumprem o papel de garantir um espaço institucional no qual os sujeitos coletivos de direito possam atuar em prol do SUS enquanto um patrimônio democrático do povo brasileiro, uma verdadeira reforma revolucionária para defender a vida, como bem definido no título do livro de Paulo Capel Narvai.

Fruto dos movimentos sanitários, os Conselhos de Saúde saltaram da proposta das lutas sociais para a realidade, não só como um fenômeno social, mas também como um fenômeno político jurídico institucionalizado, com o fito de concretizar os anseios da reforma sanitária, de democratização do setor com a emergência de novos atores sociais. (Oliveira, 2008)

#### 2.4.1 O Conselho de Saúde do Distrito Federal

“O Sistema Único de Saúde brasileiro é uma força poderosa de equidade. O fato de todos os serviços e produtos, incluindo medicamentos e vacinas, serem fornecidos gratuitamente é uma base sólida não só para uma saúde melhor, mas também para o desenvolvimento. É também muito impressionante que os cidadãos comuns tenham voz na definição dos serviços de saúde que lhes são prestados. O facto de os Conselhos de Saúde comunitários estarem envolvidos na aprovação dos planos de saúde é um modelo a ser seguido por outros países”  
(GHEBREYESUS, 2018)

O Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) foi criado em 28 de março de 1973, pelo Decreto nº 2.225, ainda no Regime Militar, como parte da Secretaria de Saúde, composto por 13 (treze) membros, todos designados e sem processo eleitoral, sendo 6 (seis) membros efetivos designados pelo Governador do Distrito Federal e 6 (seis) membros colaboradores técnicos de saúde designados pelo Secretário de Saúde, que exercia a função na condição de membro nato e presidente com direito ao voto de desempate. Era também previsto aos ex-secretários de saúde a participação na condição de membros honorários, em número variável. A essa composição originária é acrescentando um membro colaborador e alcançando uma constituição de 14 (quatorze) membros, conforme alteração dada pelo Decreto nº 2.303, de 03 de julho de 1973. (Distrito Federal, 1973)

A partir dos preceitos constitucionais assegurados à saúde, a Lei nº 070, de 22 de dezembro de 1989, alterou as atribuições e a composição do CSDF, que passa a ser um órgão de deliberação coletiva integrante da estrutura administrativa da Secretaria de Saúde com as seguintes competências: definir a política e as diretrizes gerais a serem adotadas no setor saúde; aprovar os planos e programas de saúde; opinar sobre projetos de lei a serem encaminhados à casa legislativa do Distrito Federal, quando a matéria lhe for encaminhada; definir a inter-relação que deve existir entre os diversos serviços de saúde, incluindo os dos setores público e privado; deliberar sobre quaisquer outros assuntos que interessem ao setor saúde, desde que submetidos à sua apreciação, na forma regimental. A sua composição também foi redimensionada para 17 (dezesete) membros. (Distrito Federal, 1973)

Embora na Constituição Cidadã a participação da comunidade estivesse assegurada, apenas em 1990, com a Lei Federal nº 8.142 foram estabelecidas características dessa forma de participação na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente quanto à paridade de usuários em relação aos demais membros dos Conselhos de Saúde.

Desse modo, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 33, em 23 de dezembro de 1992, com publicação no Diário Oficial da União de 15 de janeiro de 1993, contendo o documento "Recomendações para a Constituição e Estruturação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde", anexado à Resolução, que estabeleceu a definição, composição, estrutura e as competências dos Conselhos de Saúde.

Visando alterar as atribuições e a composição do CSDF, e assim implantar as recomendações exaradas na Resolução nº 33, a Lei nº 469, de 25 de junho de 1993, ampliou atribuições, manteve os 17 (dezesete) membros, redistribuindo-os e incorporando a participação de um suplente para cada um dos titulares, em uma nova composição, agora paritária quanto ao número de usuários em relação ao total de membros. Passam a integrar o órgão: 4 (quatro) representantes de prestadores de serviços, 4 (quatro) representantes de trabalhadores da saúde e 8 (oito) representantes de usuários, além do secretário de saúde na condição de presidente nato. (Distrito Federal, 1993)

Nova mudança foi feita pelo então Governador do Distrito Federal, Joaquim Domingos Roriz, que alterou a composição do CSDF reduzindo o total de membros para 11 (onze), conforme disposto na Lei nº 2.413, de 29 de junho de 1999. Passam a integrar o órgão: 3 (três) representantes de prestadores de serviços, 2 (dois) representantes de trabalhadores da saúde e 5 (cinco) representantes de usuários, permanecendo o secretário de saúde na condição de membro nato e presidente. (Distrito Federal, 1999)

Significativa e importante alteração foi finalmente estabelecida pela Lei nº 4.604, de 15 de julho de 2011, que dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal, em conformidade com o art. 198, III, da Constituição Federal; o art. 7º, VIII, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; o art. 215 da Lei Orgânica do Distrito Federal; e as diretrizes da Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde, de 4 de novembro de 2003. A partir da nova legislação a figura do Secretário de Saúde deixa de ocupar a presidência do CSDF, mantendo-se apenas como conselheiro nato, posto que é o chefe da pasta. O segmento anteriormente denominado como de prestadores de serviço passa a ser designado como de gestores públicos e o número total de membros é ampliado para 28 (vinte e oito) na seguinte distribuição: 7 (sete) representantes de gestores, 7 (sete) representantes de trabalhadores da saúde e 14 (quatorze)



representantes de usuários. Observa-se, curiosamente, a destinação de uma vaga no segmento dos trabalhadores da saúde para entidade sindical representativa de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. (Distrito Federal, 2011)

A mais recente alteração na composição foi estabelecida pela lei nº 7.121, de 25 de abril de 2022, e mais uma vez o total de membros é ampliado, para 32 (trinta e dois), sendo incorporada ao segmento de trabalhadores a destinação de uma vaga para representante do Sindicato dos empregados em estabelecimento de serviços de saúde de Brasília. (Distrito Federal, 2022)

No entanto, os espaços institucionalizados de participação, - em especial, os Conselhos de Saúde, considerados arenas públicas de poder, conflito e negociação - vêm enfrentando desafios que influenciam negativamente o estabelecimento de relações horizontalizadas entre Estado e sociedade. Para a superação dos diversos obstáculos, é fundamental que seja garantida a pluralidade dos membros, critérios transparentes na sua escolha, conhecimento da função a ser desempenhada nas instâncias, rotatividade e compromisso dos conselheiros, desenvolvimento de gestão transparente, democratização da informação, além de vozes qualificadas, resultantes da capacitação dos conselheiros de saúde através de práticas de educação permanente. (Gomes, 2021)

Em relação ao funcionamento, embora não seja uma Unidade Ordenadora de Despesas, o CSDF possui um Programa de Trabalho com dotação orçamentária específica e conta com uma infraestrutura razoavelmente adequada, com uma sede que dispõe de plenário para até 50 (cinquenta) pessoas e salas para o corpo administrativo de servidores, ambos climatizados, equipado com microcomputadores, impressora, uma linha telefônica, acesso a internet e em rede com a intranet da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, conta, ainda, com apoio técnico e administrativo de quatro servidores, além de uma Secretária Executiva. Atualmente está organizado em comissões e grupos de trabalho, reunindo-se de forma ordinária mensalmente, ou extraordinariamente sempre que necessário. Ao longo de suas cinco décadas de existência, desde o seu decreto de constituição em 1973, vem acompanhando, por um lado, as mudanças normativas correlatas ao SUS, e, de outro lado, reorganizando-se em sua articulação social a partir do conjunto de atores sociais que o compõem em cada novo mandato, pelas quatro categorias distintas – usuários, trabalhadores, prestadores de serviços e gestores. Em que pese a representação de usuários prevista em lei ainda ter uma forte correlação com patologias, e seria impensável contemplar a todas existentes, além do excesso de corporativismo observado na composição de trabalhadores, com destinação de vagas a

entidades específicas, observa-se na previsão legal a possibilidade de composição de um micro-organismo social bastante diversificado.

Conforme regimento interno, atas das reuniões e informações que constam no site do CSDF, o conselho possui dotação orçamentária, utiliza de comissões permanentes, realiza e participa de capacitações. As reuniões ordinárias são mensais, e quando há necessidade são realizadas reuniões extraordinárias, o presidente pode pertencer a qualquer segmento, desde que escolhido por meio do voto, as reuniões são abertas e o público tem direito a voz quando previamente autorizado pelo pleno do conselho, as reuniões são divulgadas no sítio eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SESDF). (Vilaça, 2019)

Um exemplo interessante dessas mobilizações e adequações ao longo do tempo diz respeito à própria localização do Conselho, que em seus primeiros vinte anos, até 1993, esteve sediado no próprio gabinete do secretário de saúde. A sede foi alterada para o Edifício das Pioneiras Sociais, na forma de concessão temporária de espaço, naquele ano, a partir de reivindicações iniciadas pelo segmento de trabalhadores que defendiam uma sede e equipe própria de servidores. Posteriormente, com o fim da concessão do espaço no Edifício das Pioneiras Sociais, no início da década de 2000, o CSDF passou a funcionar em localidades sob regime de locação de imóvel, inicialmente no Edifício Lino Martins Pinto e desde fevereiro de 2014 situado no Centro Empresarial Parque Brasília.

A temática da participação da comunidade, nas diversas instâncias participatórias, tem sido objeto de interesse de inúmeros estudiosos (Pessoto et al., 2001), com pesquisas direcionadas principalmente aos Conselhos de Saúde, as quais têm investigado as particularidades da dinâmica dessas instâncias de controle social, assim como os entraves que as mesmas têm enfrentado (Miranda et al., 2016; Rocha et al., 2020). Estudos reforçam a fragilidade técnica e política dos conselheiros de saúde – especialmente o segmento representativo dos usuários - para uma atuação eficiente frente às ações de proposição que constituem práticas rotineiras nos espaços institucionalizados de deliberação (Martinez et al., 2016; Van Stralen et al., 2006). Logo, depreende-se que as instâncias deliberativas e paritárias, por apresentarem-se em constante processo de formação, não se apresentam completamente prontas, impedindo a existência de membros (dos distintos segmentos sociais) permanentemente e plenamente capacitados. (Gomes, 2022)

Compreendendo-se resumidamente a complexidade das duas competências centrais dos Conselhos de Saúde, uma deliberativa, relacionada aos instrumentos de planejamento e controle, na participação da elaboração e fiscalização das políticas de saúde, sobretudo quanto ao financiamento, e outra de articulação permanente com a sociedade, especialmente organizando e coordenando Conferências de Saúde a fim de estimular a participação da comunidade no SUS, ambas permanecem desafiadoras no Controle Social brasileiro e não é

diferente no Distrito Federal. Notadamente o desafio do financiamento suficiente e adequado com a incorporação das deliberações das Conferências de Saúde pelos gestores.

A competência deliberativa dos conselhos em que pese a sua previsão legal, não é amplamente executada. [...] Há uma resistência por parte de alguns gestores e ou de outras autoridades governamentais em enxergar o conselho de saúde como uma instância deliberativa. Essa postura é tomada por diversas causas, em especial pelo receio de que o gestor tem de “perder poder” decisório frente ao conselho. (Oliveira, 2008)

A efetivação da democratização da gestão pública requer a incorporação dos conselhos como canais efetivos de participação, estabelecendo novas relações entre Estado e sociedade e, para isso, há de se buscar alterações no funcionamento da estrutura estatal e que esta esteja disposta a partilhar o poder de decisão, controle e implementação da política de saúde. (Santos, 2020)

Enquanto um colegiado que se organiza em um modelo presidencialista, é importante destacar que a questão da presidência do conselho também é um ponto de reflexão, uma vez que o presidente de uma organização atua como importante membro quanto ao planejamento estratégico que pretende empregar ao órgão, com anuência do plenário a partir de sua eleição. Ao liderar o Conselho, o presidente torna-se a sua imagem pública assumindo uma função relevante em sua gestão e organização. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, deliberou-se que os gestores não poderiam mais ser eleitos presidentes dos conselhos, por já possuírem papel essencial na gestão sanitária. Desde então essa permanece sendo uma luta em diversos conselhos do país. (Oliveira, 2008)

De forma geral, quanto à escolha do presidente dos Conselhos de Saúde, verifica-se, em diferentes estudos, que os colegiados realizam a eleição presidencial em plenária (Moreira et al., 2008; Rocha et al., 2020; Silva et al., 2019; Vieira et al., 2011; Vilaça, Cavalcante et al., 2019; Zambon et al., 2011), nos quais são escolhidos presidentes do segmento de usuários (Vilaça et al., 2019), governo (Moreira et al., 2008) e secretários de saúde (Zambon et al., 2011). Entretanto, a contínua alternância da presidência dos Conselhos entre os “promotores da saúde” e os “usuários” tem tornado as práticas eleitorais pouco democráticas (Kezh et al., 2016), bem como a determinação do secretário de saúde como presidente nato em 77,7% dos 27 Conselhos Estaduais de Saúde (CES) investigados no ano de 2005 (Escorel et al., 2008). (Gomes, 2022)

No Distrito Federal, historicamente havia a posição exclusiva da presidência do CSDF ser ocupada em modalidade nata pelo Secretário de Estado de Saúde até 2011. Naquele ano, conforme disposto na Lei nº 4.604, foi possível a realização da primeira eleição para a presidência do órgão e na ocasião o Secretário de Saúde, Rafael Barbosa, foi o presidente eleito. Na segunda eleição, Helvécio Ferreira da Silva, representante dos gestores, Assessor Especial do Gabinete do Secretário de Estado de Saúde, foi eleito e presidiu o colegiado até 2017. Apenas em seu 43º ano de existência, o Conselho de Saúde foi finalmente presidido pelo segmento de

usuários e Lourdes Cabral Piantino, representante da Associação Mães em Movimento, presidiu o colegiado por dois anos até o final daquele mandato em setembro de 2019.

Em 2019, o Regimento Interno do CSDF sofre uma reformulação pela sua Resolução nº 522, na qual o mandato do colegiado passa para quatro anos, sendo para a presidência e mesa diretora de dois anos, permitida uma recondução. Esse ponto de mudança teve como objetivo evitar coincidências de calendário do seu processo eleitoral com o processo das eleições gerais e assim gerar eventuais prorrogações no mandato (Distrito Federal, 2019)

Assim, em setembro de 2019, o segmento de trabalhadores finalmente preside o CSDF, sendo eleita para a presidência Jeovânia Rodrigues Silva, representante do Sindicato dos Odontologistas do Distrito Federal. Foram eleitos como usuários compondo a mesa diretora Lourdes Cabral Piantino e Domingos de Brito Filho, e a representação de gestores, que é por indicação do chefe da pasta, teve cinco representantes diferentes ao longo do mandato, Sérgio Luiz da Costa, Cristiano Alves Sayão Filgueira, Christiane Braga Martins de Brito, Maria Aurilene Gonçalves Pedrosa e Lucilene Maria Florencio de Queiroz, em razão das cinco nomeações distintas de secretários de saúde entre 2019 e 2023. Em que pese as alterações dos membros gestores, a mesa diretora foi reconduzida em agosto de 2021, com apenas uma abstenção e 27 (vinte e sete) votos favoráveis, de modo que, a exceção dos gestores, a mesa diretora do mandato 2019-2023 teve a responsabilidade de conduzir o órgão no enfrentamento à pandemia Covid-19.

Os atores que constituem a mesa diretora são significativos para viabilizar as ações do conselho, depois por meio deles permite-se controlar a agenda, a pauta de discussão e, portanto, o rumo das reuniões e decisões. (Moreira e Escorel, 2009)

## 2.5. O CENÁRIO PANDÊMICO DA COVID19

[...] os mecanismos para garantir a participação dos cidadãos são essenciais para uma resposta inclusiva e de alta qualidade nos desastres e podem ser retomados novamente em emergências futuras. Todas as sociedades têm grupos comunitários que podem cocriar uma melhor resposta à pandemia e melhores condições de saúde e dos serviços, e os políticos devem apoiar e incorporar essas vozes. Essa participação pública revelará lacunas e as potenciais consequências negativas de qualquer resposta esperada pelas políticas públicas – além de identificar formas de abordar estas questões em conjunto. A participação comunitária mantém a promessa de reduzir danos imediatos da pandemia de COVID-19 e, crucialmente, de construir resiliência futura. (Marston, 2020)

As PANDEMIAS são emergências sanitárias nas quais há grande potencial de disseminação de doença aos seres humanos em escala global, afetando grandes contingentes populacionais e que acometem vários países simultaneamente. Historicamente, a humanidade depara-se com cenários de pandemia de tempos em tempos, contudo nas últimas décadas tem ocorrido em intervalos cada vez mais curtos e em modos cada vez mais intensos, relacionados com as importantes modificações globais, a intensificação do fluxo de pessoas, mercadorias e comércio entre os países. Em geral, seu enfrentamento desafia os organismos de saúde pública nacionais e internacionais a aperfeiçoarem suas capacidades de detecção rápida e intervenção, uma vez que causam profundos reflexos na vida cotidiana das pessoas e nas economias dos países. (Carmo, 2008)

Ocorre que a Epidemiologia Social convencionou utilizar o termo SINDEMIA, enquanto um neologismo que incorpora a palavra sinergia ao termo pandemia, ao evidenciar que na disseminação descontrolada de uma doença não podem ser ignoradas as condições mais desfavoráveis nas populações socialmente vulnerabilizadas, especialmente pelas desigualdades e injustiças sociais. Então, a dinâmica das pandemias sob a lógica sindêmica evidencia que o agravamento de quadros clínicos está sujeito a fatores sociais e ambientais mais adversos. (Gamba, 2021)

A declaração de emergência em Saúde Pública de importância Internacional da doença causada pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2) - Covid-19, pela Organização Mundial de Saúde, ocorreu em 30 de janeiro de 2020, e teve seu fim em 05 de maio de 2023, sendo oficialmente declarada como Pandemia em 11 de março de 2020. (OMS, 2023)

Por todo o planeta ações Estatais das mais diversas impuseram medidas sanitárias enérgicas para a contenção do contágio, desde o distanciamento físico até a adoção de rigorosos protocolos de biossegurança. Uma campanha mundial pelo “fique em casa” passou a ser estratégica como parte do estímulo às populações quanto à adesão ao isolamento e distanciamento sociais. Protocolos de acesso e ocupação de espaços públicos, aferições de temperatura, uso de máscaras, utilização de divisórias, assentos intercalados, readequação no funcionamento de estabelecimentos públicos e privados e medidas estruturais de favorecimento a uma melhor ventilação dos espaços destacaram-se globalmente como alternativas para redução do contágio exponencial da maior emergência sanitária desse início de século.

Segundo Boaventura de Sousa Santos o coronavírus alimenta uma vertente pessimista da contemporaneidade, pois partilha das contradições do nosso tempo, afetando a população global de maneiras diferentes e diretamente relacionadas com a forma como as pessoas sofrem ou suportam as ideologias dominantes que alimentam a humanidade, a partir dos modos modernos de dominação econômica, social e política, sobretudo do capitalismo, do colonialismo e do patriarcado. Nesse sentido o coronavírus é nosso contemporâneo compartilhando passados que não passaram e futuros que poderão vir ou não. (Santos, 2021)

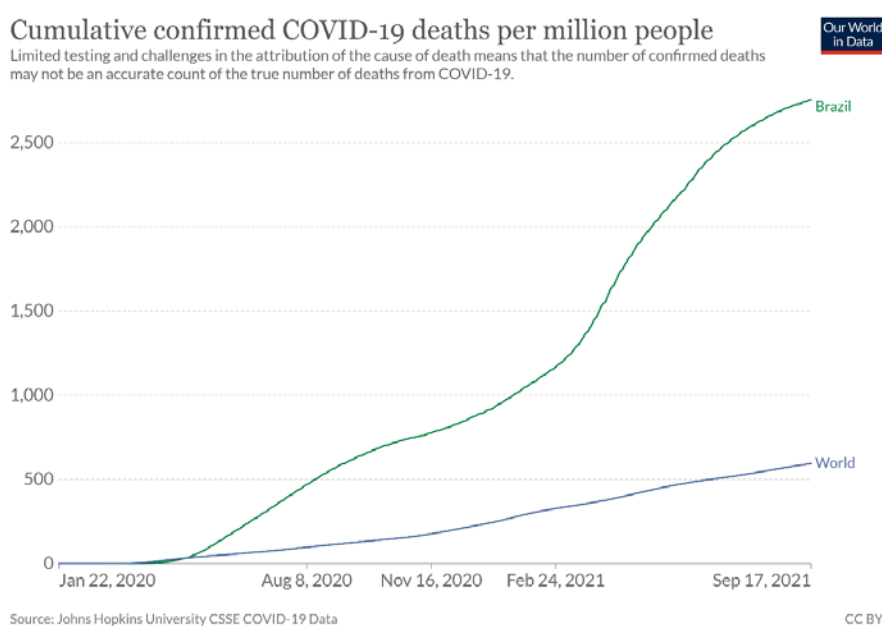
A consequência mais importante de ver a COVID-19 como uma sindemia é sublinhar suas origens sociais. A vulnerabilidade dos cidadãos mais velhos, negros, asiáticos, minorias étnicas e trabalhadores essenciais que são comumente mal pagos e com menos proteções de bem-estar apontam para uma verdade até agora mal reconhecida - a saber, que não importa o quão eficaz seja um tratamento ou vacina protetora, a busca por uma solução puramente biomédica para a COVID-19 falhará. A menos que os governos elaborem políticas e programas para reverter profundas disparidades, nossas sociedades nunca estarão verdadeiramente protegidas. (Horton, apud Gamba 2021)

No Brasil a condução do enfrentamento à Covid-19 caracterizou-se pela ausência de ações articuladas e coordenadas pelo Ministério da Saúde (MS), impondo aos entes federativos o estabelecimento de diferentes estratégias de enfrentamento à doença, de modo que o Supremo Tribunal Federal (STF) reconheceu a sua competência para que pudessem estabelecer autonomamente estratégias locais. O resultado foi um cenário lamentável com perda de centenas de milhares de vidas, a partir de elevados patamares de contágio, inúmeros episódios de colapso no Sistema Único de Saúde e também privado, como a falta de insumos e medicamentos essenciais, além de uma infinidade de outros fatores, cujo resultado torna o Brasil um dos países com maior número absoluto de vítimas, cenário apontado detalhadamente nas mais de mil páginas. do Relatório Final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Senado Federal. (Senado Federal, 2021)

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) entregou ao Relator da Comissão, Senador Renan Calheiros, o Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19, elaborado pelo órgão e Frente Pela Vida, em julho de 2020, além das Resoluções, Recomendações e outros documentos emitidos desde o início da pandemia e desconsiderados pelo MS. O material recebido foi utilizado como base para questionamentos durante depoimento do ministro da Saúde, Marcelo Queiroga, na CPI da Covid e serviu de suporte para seu Relatório Final.

Hallal (2021) considera que o Brasil é um dos países do mundo com pior desempenho no enfrentamento à pandemia e, tendo como indicador epidemiológico a mortalidade em números absolutos, aponta como principais fatores associados à elevadíssima mortalidade brasileira: o impacto do atraso na aquisição das vacinas, a relação de causalidade com o negacionismo, falhas no tripé testagem - rastreamento de contatos – isolamento, priorização para a abordagem clínica equivocada em detrimento à abordagem epidemiológica, desestímulo ao uso de máscaras, promoção de tratamentos ineficazes, desestímulo à vacinação, falta de liderança do Ministério da Saúde e de um comitê de especialistas, falta de comunicação unificada e a interrupção do monitoramento da pandemia por meio suspensão do financiamento da pesquisa EpiCOovid19-BR. Conclui que o fracasso brasileiro é fruto das ações do Governo Federal em uma postura anticiência, com promoção da imunidade de rebanho, política mundialmente equivocada mas mantida apenas no Brasil, além da negativa de adoção das políticas adequadas de distanciamento. Esse resultado é confirmado na comparação da evolução da mortalidade acumulada por um milhão de habitantes, no período compreendido entre 22/01/2020 e 17/09/2021, conforme o Gráfico 1, sendo possível afirmar que, nesse período, quatro de cada cinco mortes ocorridas poderiam ter sido evitadas se o Brasil estivesse na média mundial de mortes.

**Gráfico 1** - Comparação da mortalidade acumulada por Covid-19, por 1 milhão de habitantes, entre o Brasil e o mundo.



Fonte: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data, 2021

Para Mota (2021) essa pandemia não pode ser entendida como um evento isolado, nem territorialmente e nem como fenômeno biológico individualizado, com data para surgir e possível data para desaparecer, mas há um mundo a ser compreendido, no qual o viver pandêmico ocorre em âmbito global, em um sistema neoliberal, que julga de um lado salvar alguns, e mais fortes, das intempéries, enquanto do outro lado os mais fracos sucumbiriam inexoravelmente. Tal condição reascende com força preceitos eugenistas que nunca foram abandonados, mas que defendem grupos e corpos superiores, de forma implícita ou explícita, na ideia de limpar a sociedade dos fracos e incapazes, onde nem mesmo a ciência e a racionalidade científica, com acesso ao mundo digital e pelo pensamento iluminista, foram capazes de dar a resposta rápida esperada.

Enquanto permanecermos estáticos diante às injustiças e às desigualdades que hierarquizam corpos e retiram o direito pleno à existência, a ponto de alguns viverem décadas menos que outros, justamente por serem considerados de menor valor no jogo social e porque a saúde foi subsumida aos critérios de interesses unicamente privados e financeiros, talvez o espectro dessa pandemia se mantenha ainda muitas décadas entranhado em nosso viver, com forte probabilidade de recrudescimento. Não mais como um vírus, mas como uma ideologia que o criou e o estabeleceu. (Mota, 2021)

Na dinâmica da pandemia no Brasil, em que pese as argumentações de governantes quanto a necessidade de manter “normalidade” nas atividades sociais cotidianas, em razão de fatores econômicos, não são evidenciadas práticas no escopo da Biopolítica, nas quais o Estado promovesse uma política de gerar vidas, de dar saúde e, assim, incluir os sujeitos na sociedade de mercado e de consumo, como teorizado por Foucault, em 1976. Pelo contrário, o desfecho foi a grave violação do direito à vida e à saúde, reconhecendo que centenas de milhares de óbitos poderiam ter sido evitados. O estado catatônico, de frágil formalismo, sem legitimidade das democracias no mundo, desde a crise de 2008, passa pela militarização do regime capitalista. (Menegat, 2019) A eleição de Jair Bolsonaro, em 2018, com seu histórico parlamentar em defesa de golpes militares e de portes de armas de fogo, em alguma medida, outorga ao exército o papel de regulador imediato da gestão da barbárie no Brasil. Entre janeiro de 2020 e dezembro de 2021 quatro Ministros da Saúde distintos estiveram à frente da pasta, sendo o mais longo do período um militar - Eduardo Pazuello. Portanto, o Estado é responsável por articular a promoção de morte em larga escala, em atitudes omissivas e na adoção de políticas de saúde equivocadas e negacionistas, tornando as vidas descartáveis e promovendo assolação massiva dos corpos, para que a engrenagem econômica siga firme, exemplificando, dolorosamente, o conceito de Necropolítica cunhado por Mbembe em 2003.



No Distrito Federal (DF), em 28 de fevereiro de 2020, declarou-se emergência no âmbito da saúde pública e a capital federal destacou-se como o primeiro ente federativo a estabelecer medidas de suspensão de atividades, pelo Decreto Nº 40.509, de 11 de março de 2020, mesma data em que a pandemia foi decretada, e que dispôs sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus. (Distrito Federal, 2020)

Destaca-se o primeiro caso grave de infecção pelo vírus no DF, confirmado pelo Ministério da Saúde em 07 de março de 2020 e marcado pela recusa de um hospital privado em assistir a vítima, após a confirmação do seu diagnóstico, cabendo ao SUS, à SES/DF, na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), garantir seus direitos, constitucional e humano, à saúde e à vida. A partir de então foram implementadas uma série de mudanças nos fluxos assistenciais e de protocolos dos mais diversos da rede pública de saúde em função do enfrentamento à pandemia, para os quais houve a necessidade de intensa atuação do órgão de Controle Social, notadamente a partir da primeira pauta formal referente à Covid-19, na 448ª Reunião Ordinária do CSDF, realizada em 10 de março de 2020, quando também foi apresentada pelo segmento de gestores a portaria nº 127, de 27 de fevereiro de 2020, que criou o Centro de Operações de Emergência em saúde pública o COE-COVID-19 DF, no qual foi estabelecida uma vaga para o conselho de saúde. (CSDF, 2020)

De parte do Governo do DF (GDF) foram estabelecidas medidas em virtude da emergência em saúde pública e pandemia declarada pela OMS, em especial o Decreto nº 40.546, de 20 de março de 2020, que suspendeu atividades presenciais e estabeleceu para os órgãos colegiados a manutenção de suas reuniões em forma remota ou por videoconferência. Assim, as reuniões presenciais do CSDF foram suspensas até que adequações tecnológicas e de equipamentos pudessem ser providenciadas e assegurassem a manutenção das atividades plenárias, que retornaram em 09 de junho de 2020, na 449ª Reunião Ordinária, em formato remoto, pela plataforma Teams. Posteriormente foi implementada a transmissão ao vivo das reuniões do CSDF no canal do YouTube da SES/DF, em 14 de dezembro de 2021. Nesse intervalo de dois meses foram registradas a realização de treze reuniões da Mesa Diretora, majoritariamente por videoconferência, e duas reuniões presenciais específicas, uma entre os segmentos de trabalhadores e gestores, para debater questões críticas de vulnerabilidade e biossegurança, além de uma visita à sala de situação da Covid-19 no dia quatorze de abril.

### 3. MÉTODOS

Trata-se de pesquisa documental, descritiva e exploratória, com análise de conteúdo, de abordagem qualitativa, tendo um marco temporal que compreende os anos de 2020 e 2021.

A pesquisa de abordagem qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, e tem nos estudos descritivos uma ferramenta de gestão muito importante para os sistemas de saúde. Na análise de conteúdo objetiva-se descrevê-los e evidenciar indicadores, quantitativos ou não, que permitam inferir sobre uma outra realidade. Assim, uma pesquisa documental se propõe a produzir novos conhecimentos, criar formas de compreender os fenômenos e dar a conhecer a forma como estes tem sido desenvolvidos, logo, uma vez que utiliza documentos como objetos ou local de estudo, é necessário determinar os seus objetivos para poder definir as melhores formas de coleta de dados a serem utilizadas. (Aragão, 2011; Bardin, 1977; Minayo, 2009; Sá-Silva, 2009)

#### 3.1 OBJETIVO GERAL:

Compreender a importância e o protagonismo das ações do Conselho de Saúde do Distrito Federal, enquanto instância participativa e deliberativa do Sistema Único de Saúde, no enfrentamento à pandemia Covid-19 no Distrito Federal.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 3.2.1. Identificar as principais pautas, estratégias e deliberações (Resoluções, Recomendações e Moções) do Conselho de Saúde do Distrito Federal quanto à pandemia Covid-19, no período de 2020 e 2021.
- 3.2.2 Identificar as principais Portarias e Decretos, relativos à Covid-19, publicados pela SES/DF e pelo Governo do Distrito Federal que tenham incorporado deliberações do CSDF.
- 3.2.2. Relacionar as principais atividades interinstitucionais desenvolvidas junto às organizações da sociedade civil e poderes públicos na defesa do direito humano à vida e à saúde, no contexto da pandemia Covid-19.
- 3.2.4. Encaminhar ao CSDF um documento para apreciação e possível deliberação com orientação sugestiva para o enfrentamento de futuras emergências sanitárias.

Para a coleta de dados, foram utilizadas fontes secundárias obtidas nas seguintes bases: Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal (SINJ-DF), Diário Oficial do Distrito Federal (DODF), arquivo do CSDF, sítio eletrônico da Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), e site da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN).

O SINJ-DF é o sistema oficial de legislação do Distrito Federal. Criado em 2010, é uma ferramenta que possibilita a pesquisa avançada de leis, portarias, decretos e outras normas jurídicas e atos do Executivo e Legislativo do Distrito Federal. A gestão do sistema é realizada pela Procuradoria-Geral do Distrito Federal (PGDF), Tribunal de Contas do Distrito Federal (TCDF), Secretaria de Economia do Distrito Federal (SEEC) e Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF). O SINJ-DF permite o registro, controle, organização, indexação e disseminação dessas normas, além do acompanhamento das mudanças na legislação e pode ser acessado por meio do endereço eletrônico <http://www.sinj.df.gov.br>. (Distrito Federal, 2022)

O DODF é o órgão oficial de publicidade da literatura dos atos da administração pública do Distrito Federal, para cumprimento ao princípio constitucional da publicidade dos atos do poder público do Governo do Distrito Federal (GDF), disponível no endereço eletrônico <https://www.dodf.df.gov.br>.

Os documentos do CSDF foram obtidos no arquivo do colegiado e também, como não possui página de internet específica, porém é órgão vinculado à SES/DF, na aba do site da pasta que direciona para informações do Conselho, com destaque ao campo dos atos normativos, onde constam pautas, atas, Resoluções, Moções e Recomendações <https://www.saude.df.gov.br/pt/atos-normativo-conselho-de-saude>

A CODEPLAN foi criada em 1964 e colocada em liquidação, pelo GDF, em 08 de junho de 2022. É um órgão de planejamento, pesquisa e estudos socioeconômicos, que tem a finalidade de contribuir para o planejamento integrado do Distrito Federal e de sua região de influência. Desempenhou papel relevante na pandemia da Covid-19 com a elaboração de boletins semanais contendo informações sobre casos confirmados, projeções, situação de leitos e, para além dos dados epidemiológicos, fluxos de viagens, deslocamento de estudantes, trabalhadores e idosos, além de atividades econômicas, disponibilizados no link <https://www.codeplan.df.gov.br/boletim-covid-19/>.

## PRÉ-ANÁLISE:

Aplicando-se o método de análise de conteúdo, inicialmente foi estabelecida a escolha dos tipos documentais a serem pesquisados, catalogados e submetidos posteriormente aos procedimentos analíticos, elencados no Quadro 1. Assim, conforme o órgão, foram definidos para o corpo da pesquisa: blocos de instrumentos documentais, devidamente descritos e com a especificação da fonte de dados a ser pesquisada. A pré-análise identificou 356 documentos iniciais.

**Quadro 1** - Instrumentos que compõem o corpo da pesquisa

ÓRGÃO	INSTRUMENTOS	DESCRIÇÃO	FONTE	N
CSDF	ATAS	documento obrigatório que assegura o registro escrito das reuniões, incluindo fatos, ocorrências, encaminhamentos e deliberações do colegiado	*SITE SES/DF	48
	PAUTAS	relação dos temas a serem tratados em reunião	*SITE SES/DF	28
	RESOLUÇÕES	ato geral de caráter normativo, aprovada pelo plenário, assinada pelo presidente, homologada pelo secretário de saúde e publicada em diário oficial	DODF (confirmar publicação) SINJ (verificar alterações)	28
	RECOMENDAÇÕES	sugestão, advertência ou aviso sobre a conveniência e oportunidade de adoção de medidas; refere-se a temas ou assuntos específicos que não sejam habitualmente responsabilidade direta do CSDF, mas relevantes e necessários, dirigidos a sujeitos institucionais de quem se espera ou solicita determinada conduta; não são publicadas no DODF	SITE SES/DF	6
	MOÇÕES	forma de manifestar aprovação, reconhecimento ou repúdio a respeito de determinado assunto, fato ou pessoa; não são publicadas no DODF	*SITE SES/DF	6
SES/DF	PORTARIAS	documento emitido pelo secretário de saúde contendo ordens, instruções, recomendações ou normas relacionados à Covid-19	SINJ	46
GDF	DECRETOS E DESPACHOS	ordem ou resolução emanada pelo governador do Distrito Federal relacionadas à Covid-19	SINJ	192
CODEPLAN	BOLETINS COVID-19 nº 90 e nº 120	Dado de óbitos, em série histórica.	SITE CODEPLAN	2
			* Alterado para Arquivo CSDF	356

Fonte: Elaboração própria.

Espera-se que para cada reunião haja uma pauta e uma ata correspondentes. Na pré-análise das atas e pautas disponíveis no site da SES/DF observou-se não haver uma correspondência entre os quantitativos dos dois instrumentos.

A ata é documento obrigatório que assegura o registro por escrito das reuniões e a pauta é o documento que contém a relação dos temas a serem tratados em reuniões. A pauta acompanha as convocatórias para as Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do CSDF, devendo ser encaminhada dez dias antes da reunião correspondente, conforme o Regimento Interno do CSDF. (Distrito Federal, 2019)

Uma vez identificada a incongruência nesse dado optou-se em verificar no arquivo do CSDF o quantitativo e a numeração das atas documentadas, visando correlacioná-los com os dados do site da SES/DF, e também confirmar o total de reuniões realizadas. Foram localizadas 28 (vinte e oito) pautas e 28 (vinte e oito) atas, portanto um total de 28 reuniões (vinte e oito) plenárias no período do estudo. Desse modo confirmou-se a inconsistência do site, que registrava 10 (dez) atas a mais no ano de 2020 e 10 (dez) pautas a menos em 2021.

Essa incongruência não alterou o número total de documentos a serem analisados, posto que a diferença, sendo numericamente igual, equaliza a somatória de documentos. Porém, esse achado justificou a alteração da fonte para análise das atas, pautas, Recomendações e Moções para o arquivo do CSDF, por mostrar-se mais apropriado.

Das três modalidades de deliberação do CSDF (Resoluções, Recomendações e Moções) a única que prevê publicação no DODF é a Resolução. Por ser ato geral de caráter normativo aprovado pelo plenário, assinado pelo presidente e homologado pelo Secretário de Saúde, com posterior publicação no DODF, optou-se por confirmar a sua publicação e em um segundo momento verificar eventuais alterações no SINJ-DF.

Não houve intercorrências nas pesquisas cuja fonte foi o SINJ-DF e o termo de busca utilizado foi Covid-19. Os atos pesquisados de origem da SES/DF foram as Portarias. Já nos Decretos e Despachos do GDF, foi assinalada como origem da norma o Gabinete do Governador, pois outras autoridades também emitem Decretos. Não houve intercorrências para acessar os BOLETINS CODEPLAN COVID-19 nº 90 e nº 120.

## EXPLORAÇÃO DO MATERIAL, TRATAMENTO DOS RESULTADOS, INFERÊNCIA E INTERPRETAÇÃO:

Estabelecidos os 356 instrumentos que compõem o corpo da pesquisa, e devidamente pré-analisados a partir de princípios da análise de conteúdo (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência) (Bardin, 1977), foram instituídos critérios e aplicados em unidades de registro, por tema, e em unidades de contexto, por eixos temáticos, no intuito de tratá-los de maneira a serem significativos e válidos. Não foi utilizado programa de computador, mas sim a exploração, descrição e análise documental individualizada, onde as informações sobre funcionamento, deliberações, ações e atividades interinstitucionais do CSDF foram mais adequadamente identificadas no arquivo institucional do órgão. A utilização dos dados referentes aos óbitos por Covid-19, dos Boletins CODEPLAN Covid-19 nº 90 e nº 120, em série histórica, tem o objetivo de contextualizar os diferentes cenários da evolução da pandemia no DF e assim permitir uma melhor compreensão no estudo. A análise de cada conjunto de dados coletados permitiu a elaboração de 4 (quatro) tabelas e 2(dois) gráficos a partir dos temas e eixos temáticos selecionados, descritos no Quadro 2.

**Quadro 2** - Unidades de registro e de contexto

ÓRGÃO	UNIDADE DE REGISTRO	UNIDADE DE CONTEXTO
	TEMA	EIXOS TEMÁTICOS
CSDF	Funcionamento	Plenário
		Mesa Diretora
		Comissões
		Grupos de Trabalho
	Deliberações Covid-19 Específicas	Saúde e Segurança dos Trabalhadores
		Atividades Escolares
		Vacinação
	Ações e atividades interinstitucionais	Educativas
		Intersetoriais
		Eventos Promovidos
Participação em eventos		
SES/DF e GDF	Deliberações CSDF para Covid-19	Acolhidas
		Não acolhidas
		Parcialmente acolhidas
		Não foi possível identificar a implementação

Fonte: Elaboração própria.

Em que pese o mero funcionamento regular dos conselhos não ser garantia que exista efetivo Controle Social (Bispo Júnior, 2008), o tema funcionamento do Conselho de Saúde é central para análise, pois o cenário pandêmico restringiu e suspendeu diversas atividades. Para isso, é necessário compreender que o colegiado se organiza em plenário, mesa diretora, comissões e grupos de trabalho, na perspectiva de examinar se cada um desses microssistemas se manteve minimamente operativo.

O processo de monitoramento de deliberações ainda não é uma realidade na maioria dos conselhos brasileiros. Promovê-lo significa tentar avaliar a efetividade do processo participativo. Porém, do ponto de vista metodológico, é preciso pensar como medir o efeito deliberativo desses colegiados e seus impactos sobre a tomada de decisão na execução das políticas públicas, considerando que o componente deliberativo, em si, é pontual, portanto, é necessário agregar outros elementos avaliativos capazes de gerar indicadores que possam ser correlacionados. Nesse sentido, é preciso tentar estabelecer algum tipo de comparabilidade, reconhecendo de um lado a objetividade do elemento valorativo (deliberação) e de outro a subjetividade de elementos políticos, a partir da compreensão que um processo deliberativo não é fragmentado e por isso precisa ser avaliado e reavaliado, continuamente, reconhecendo-o como um conjunto político-deliberativo. (Albuquerque, 2007; Avritzer, apud Pires, 2011)

Assim, em relação às deliberações do CSDF para a COVID-19 optou-se por analisá-las em relação a três áreas específicas: Saúde e Segurança dos Trabalhadores, Atividades Escolares e Vacinação. No outro polo, quanto à sua adoção pela SES/DF e GDF, em que pese a subjetividade, foram diferenciadas em 4 (quatro) subtipos: acolhidas, não acolhidas, parcialmente acolhidas e não foi possível identificar a implementação.

Para Busana (2021) é frágil a conexão entre conselhos e outros movimentos e instituições, demonstrando, descontinuidade na mobilização popular (participação). Funcionamento e deliberações dizem respeito a funções institucionais (controle), portanto, relacionar ações e atividades interinstitucionais visa mapear a integração com organizações da sociedade civil e poderes públicos, sendo elencadas 4 (quatro) dimensões para pesquisa: educativas, intersetoriais, eventos promovidos e participação em eventos.

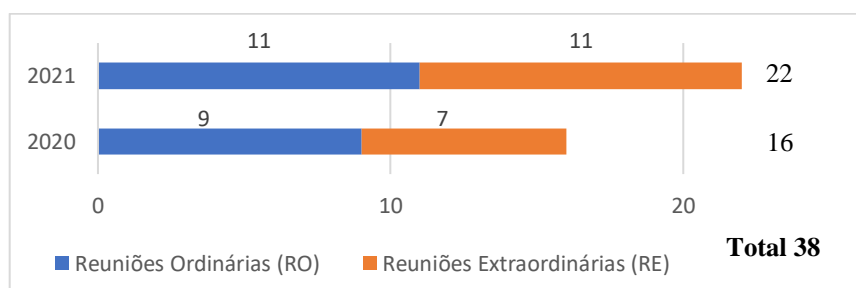
Aspectos éticos da pesquisa: por não envolver participantes nem documentos de acesso restrito, é dispensada apreciação ética pelo Sistema CEP/CONEP. (Anexo 1)

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em virtude da situação de emergência em saúde pública e pandemia declaradas pela OMS, o Governo do Distrito Federal, suspendeu as reuniões presenciais dos órgãos colegiados, em 20 de março de 2020, pelo Decreto nº 40.546, devendo ser realizadas de forma virtual ou por videoconferência. Em 26 de fevereiro de 2021, o Decreto nº 41.841, revogou o anterior estabelecendo que as reuniões fossem preferencialmente de forma virtual ou por videoconferência, opção adotada pelo CSDF em razão do cenário pandêmico ainda alarmante. Em 23 de fevereiro de 2023, o Decreto nº 44.265, revoga em definitivo a suspensão de atividades presenciais. (Distrito Federal, 2020; Distrito Federal, 2021; Distrito Federal, 2023)

O plenário do CSDF reúne-se mensalmente, com recesso em janeiro, e extraordinariamente quando necessário. Para fins da pesquisa não foi estabelecida distinção entre modalidade presencial e remota, pois as atividades foram majoritariamente em formato remoto, com apenas três reuniões presenciais no início de 2020 (duas ordinárias e uma extraordinária). Nos meses de abril e maio não houve as reuniões ordinárias previstas em razão da mobilização para providenciar adequações tecnológicas e de equipamentos visando assegurar a manutenção das atividades plenárias, que retornaram, com pauta permanente para Covid-19, em 09 de junho de 2020, na 449ª Reunião Ordinária, primeira em formato remoto, pela plataforma Teams, método que foi mantido por todo o período analisado. Posteriormente, em 14 de dezembro de 2021, foi implementada a transmissão ao vivo das RO e RE, no canal do YouTube da SES/DF, favorecendo ao cumprimento da Lei nº 4.604/2011, que prevê reuniões abertas ao público, e ampliando a publicidade e acompanhamento pela sociedade de sua atividade plenária. Considerando o mínimo de onze reuniões anuais infere-se que, apesar da suspensão de reuniões presenciais, o plenário manteve atividade acima do mínimo previsto, como observado no gráfico 2.

**Gráfico 2 - Reuniões do CSDF**

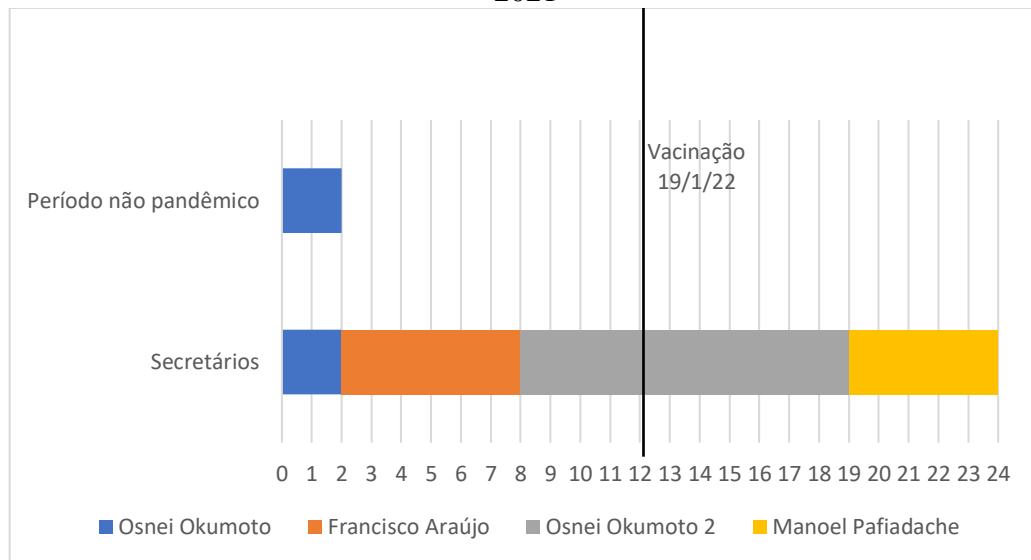


Fonte: Elaboração própria.



Dois fatos relevantes precisam ser considerados ao longo dos 24 meses do estudo: quatro gestões de secretários de saúde distintos e o início da vacinação, descritos no Gráfico 3. Logo, o começo da imunização marca o centro do recorte temporal e em todo período há um forte impacto político, pelas sucessivas trocas de secretários. A mais crítica delas foi o afastamento e prisão do ex-secretário Francisco Araújo e parte de seu secretariado, na operação “Falso Negativo”, onde foi investigado prejuízo milionário ao erário em razão de superfaturamento de produtos relativos ao enfrentamento à pandemia. As diferentes gestões implicam em repercussão ao CSDF, pois a cada troca de Secretário de Saúde há mudança na composição dos conselheiros gestores, que juntamente com os prestadores de serviços representam 25% colegiado.

**Gráfico 3** - Linha do tempo das distintas gestões de Secretários de Saúde do DF em 2020 e 2021

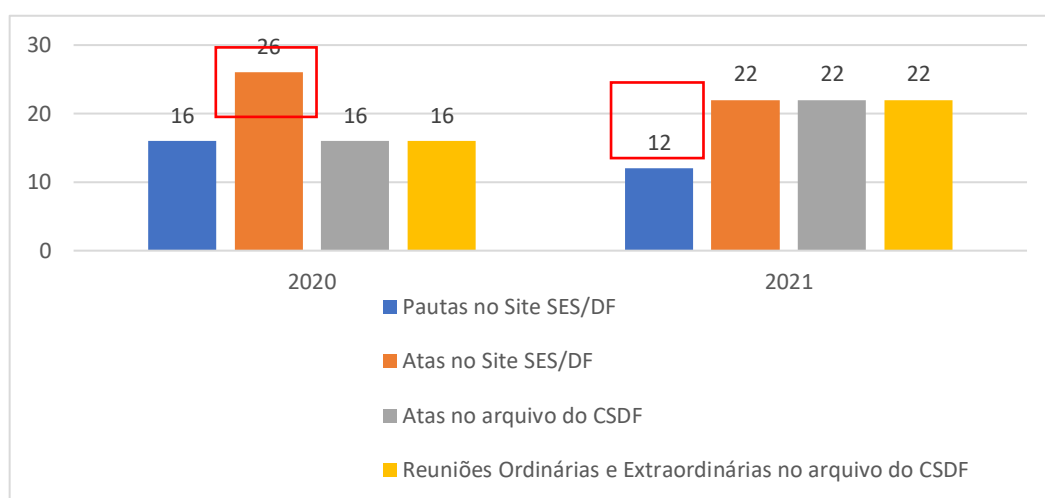


Fonte: Elaboração própria.

O Controle Social, enquanto prática de cogestão pública sobre as ações estatais no SUS, pela participação da sociedade por meio de seus representantes, prescinde que os gestores materializem essa gestão compartilhada promovendo o ato executivo que couber, dentro de suas competências, conforme os encaminhamentos ou decisões colegiadas. Para Luiz (2021), a figura da gestão nos Conselhos de Saúde é central pois avanços são observados quando o gestor reconhece e valoriza o papel do Conselho. Porém a rotatividade de gestores é um sério problema enfrentado pois, em geral implica no recomeço de muitos processos em andamento ou eventual interrupção. Apesar das distintas gestões, não houve interrupção de funcionamento no CSDF em razão dos intervalos sem conselheiros gestores ocasionados pelas trocas de secretários.

Na pré-análise documental observou-se que as pautas e atas disponíveis no site da SES/DF apresentaram divergência numérica, quando deveriam apresentar os mesmos valores, pois para cada reunião plenária há uma pauta e uma ata correspondentes. As reuniões são numeradas em uma sequência ordinal, portanto, ao verificar o arquivo do CSDF foram localizadas as pautas e atas respectivas, por reunião, em uma mesma quantidade, sendo 16 (dezesesseis) no ano 2020 e 22 (vinte e duas) no ano 2021. Por esta análise, conclui-se que no site da SES/DF havia informação equivocada de 10 (dez) atas a mais em 2020 e 10 (dez) pautas a menos em 2021, conforme destacado no Gráfico 4.

**Gráfico 4** - Comparativo entre pautas e atas site da SES/DF X arquivo do CSDF



Fonte Elaboração própria.

Portanto, identificou-se que há falhas consideráveis no método de alimentação das informações referentes às pautas e atas do CSDF para o site da SES/DF. Não foram pesquisadas outras divergências ou as razões dessas falhas, uma vez que não são objeto desse estudo. Esse achado justificou a alteração da fonte para análise das atas, pautas, Recomendações e Moções passar a ser o arquivo do CSDF, por mostrar-se mais apropriado.

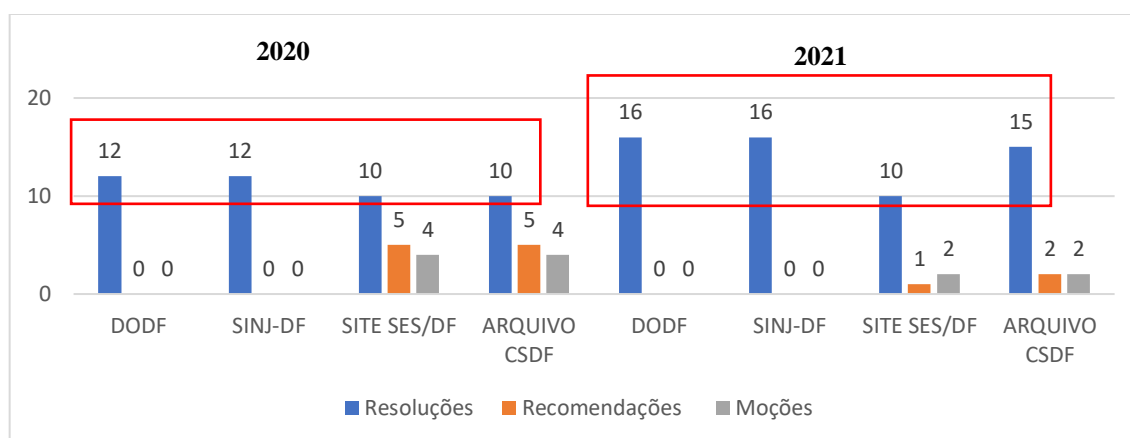
O CSDF, enquanto órgão colegiado, de caráter permanente, integrante da estrutura regimental da SES/DF, tem caráter deliberativo, e suas deliberações podem ocorrer na forma de Resoluções, Recomendações e Moções. Porém, embora os mecanismos de Controle Social garantam aos conselhos a função de tomar decisões e deliberar, ainda é um desafio que a deliberação se realize, primeiro sendo homologada e depois implementada, “a depender da disposição das autoridades em compartilhar poder e incorporar as ideias e anseios expressos pelo Controle Social”. (Bispo Júnior, 2019)

Resolução é um ato geral de caráter normativo aprovado pelo plenário do CSDF, assinado pelo presidente e homologado pelo Secretário de Saúde, com posterior publicação no Diário Oficial do Distrito Federal. Por isso a análise das Resoluções ocorreu inicialmente confirmando a sua publicação no DODF e em um segundo momento verificando eventuais alterações no SINJ-DF. Já a Recomendação e a Moção, de modo diferente, não são publicadas no DODF, e referem-se, respectivamente, a uma sugestão, advertência ou aviso, e manifestação de aprovação, reconhecimento ou repúdio. Esses três tipos deliberativos constam no site da SES/DF que novamente apresentou divergências.

Foi possível confirmar que todas as Resoluções aprovadas pelo plenário do CSDF foram homologadas pelo Secretário de Saúde e publicadas no DODF, sendo devidamente identificadas no SINJ-DF. Esse achado é relevante pois, apesar de ser parte do fluxo organizativo do colegiado, legitima a sua deliberação ao mundo jurídico-normativo, porquanto aplica-lhe o princípio da publicidade. Todavia, a efetiva implementação da deliberação precisa ser identificada em outras fontes ou mecanismos relacionados efetivamente a atos de gestores, que buscaremos compreender no bloco de análises referente à SES/DF e ao GDF.

Contudo, houve divergência, a menor, nos dados sobre Resoluções tanto site da SES quanto no arquivo do CSDF, conforme o destaque em vermelho no Gráfico 5. As Recomendações apresentaram-se com registros idênticos no site da SES e no arquivo do CSDF em 2020, mas em 2021 o site apresentou uma a menos. Já nas Moções, embora os quantitativos sejam iguais, o site apresenta equivocadamente uma mesma Moção nos dois anos.

**Gráfico 5 - Deliberações do CSDF nas diferentes bases de dados**

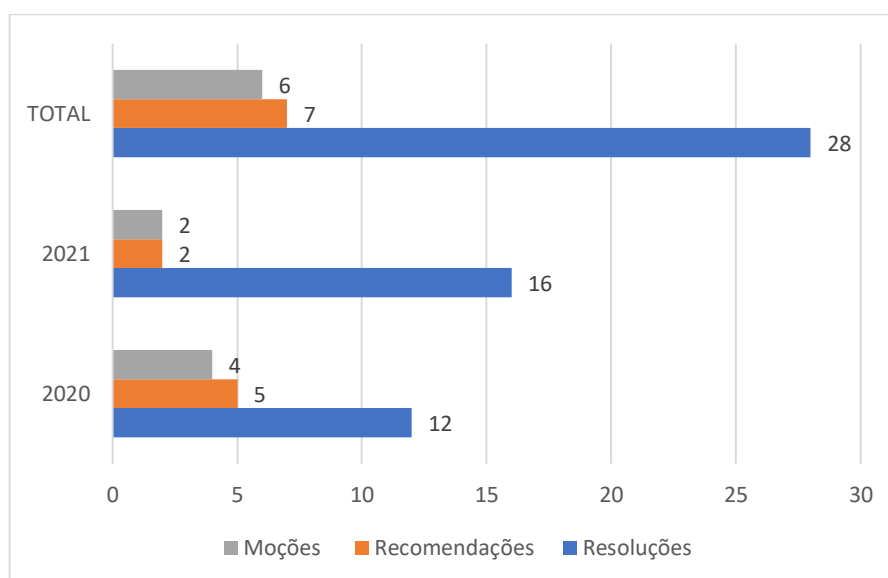


Fonte Elaboração própria.

Embora discreta numericamente, a divergência entre as bases de dados denota que há fragilidades que requerem uma melhoria da transparência e divulgação dessas informações, pois “o fluxo de comunicações mais horizontalizadas é elemento próprio das teorias que envolvem a participação social” (Silva, 2021).

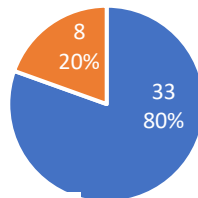
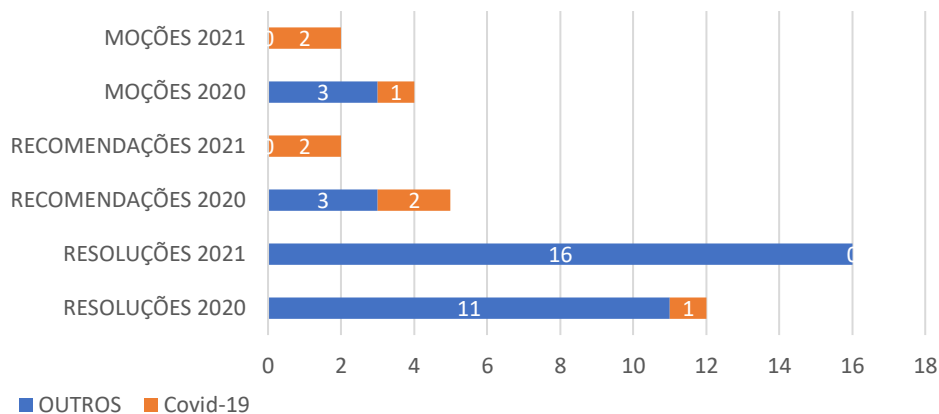
Ao final dessa análise, foram identificadas 41 (quarenta e uma) deliberações, sendo 28 (vinte e oito) Resoluções, 7 (sete) Recomendações e 6 (seis) Moções, além de uma Recomendação a mais em relação à pré-análise, descritas no Gráfico 6.

**Gráfico 6 - Deliberações do CSDF**



Fonte Elaboração própria.

Verificadas as deliberações do CSDF passou-se à identificação daquelas relacionadas à Covid-19 e sua proporção em cada tipo deliberativo, por ano estudado. Não houve uma prevalência numérica das deliberações especificamente direcionadas à pandemia. Desse modo, observou-se os seguintes números de deliberações designadas para o cenário pandêmico: 1 (uma) Resolução, 4 (quatro) Recomendações e 3 (três) Moções. Assim, concluiu-se que no total das 41 (quarenta e uma) deliberações do período 8 (oito) são específicas da pandemia, sendo 2 *ad referendum*, correspondendo a 20% da produção deliberativa, cujo detalhamento está demonstrado no Gráfico 7 e no Quadro 3.

**Gráfico 7 - Deliberações do CSDF designadas para o cenário pandêmico**

Fonte: Elaboração própria.

**QUADRO 3 - Descrição das deliberações para Covid-19 do CSDF**

Deliberação	Data	Temática
Resolução nº 529 <i>**Ad Referendum</i> (APÊNDICE A)	14/07/2020	dispõe sobre a oposição à liberação total de atividades no DF, anunciada em 2/07/2020, especialmente quanto a retomada das atividades escolares até que ocorra o real declínio do patamar de casos e óbitos por Covid-19 no Distrito Federal.
Recomendação nº 2 <i>**Ad Referendum</i> (APÊNDICE B)	21/04/2020	que o Governador do Distrito Federal, Ibaneis Rocha, continue adotando com rigor as medidas de isolamento e distanciamento social.
Recomendação nº 4	08/09/2020	apoio à instauração da Comissão Parlamentar de Inquérito da Covid-19 na Câmara Legislativa do DF.
Recomendação nº 6	16/03/2021	que o GDF firme parceria com a Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, para o fornecimento de leitos para a rede SES-DF, para o tratamento de pacientes com COVID-19
Recomendação nº 7	08/06/2021	que o Governador do Distrito Federal revogue a decisão do Distrito Federal em sediar os jogos da Copa América 2021.
Moção de Elogio nº 1	09/06/2020	elogio aos profissionais de saúde e dos serviços que atuam na linha de frente à Covid-19 e para que tenham condições adequadas e seguras para o trabalho
Moção de Repúdio nº 1	16/03/2021	repúdio, ao posicionamento do Conselho Regional de Medicina do DF que se manifesta contra o lockdown como medida para controle da transmissão de Covid-19
Moção de Repúdio nº 3	08/06/2021	Repúdio à realização da Copa América de Futebol 2021
** Decisão do presidente acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação em reunião subsequente		

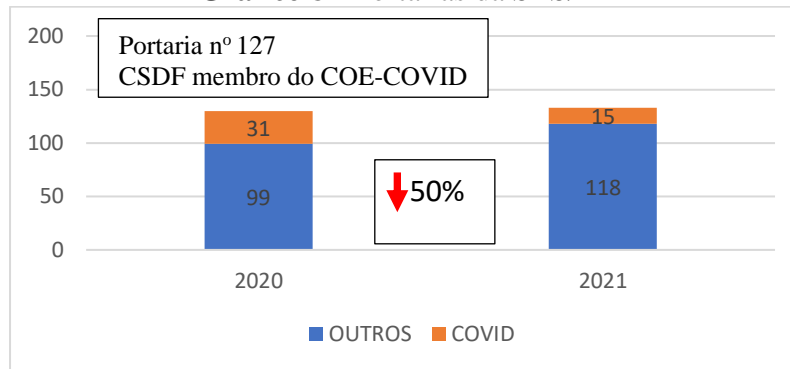
Fonte: Elaboração própria.

Pelos dados até aqui analisados nota-se o SINJ-DF como uma fonte de consulta de excelência, permitindo não apenas a localização de uma norma, mas também o seu histórico, o que permite inferir sobre a dimensão da eficácia, da perenidade e da sua legitimidade no tempo histórico. Compreender a dinâmica de uma norma ao longo do tempo, permite perceber que suas eventuais alterações são motivadas em função das necessidades das pautas governamentais e sociais, seja para aprimoramento, revogação ou mudança que cause retrocesso. Contudo, o SINJ-DF limita-se a normas jurídicas do DF previamente publicadas no DODF.

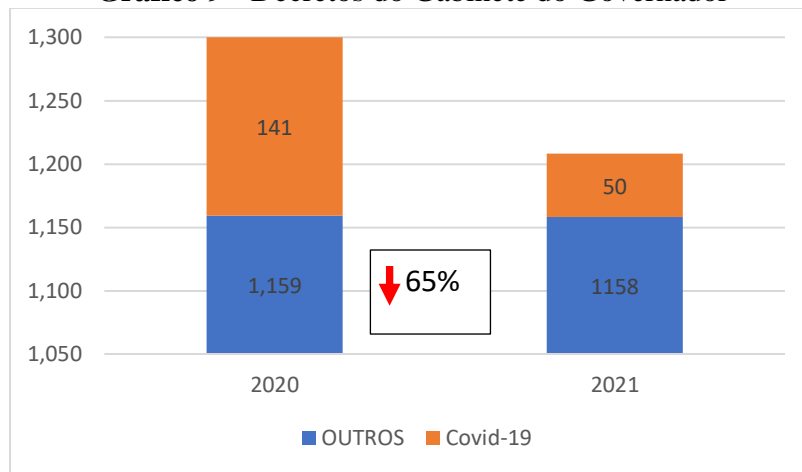
Infelizmente, como as Recomendações e Moções não são publicadas no DODF não foi possível a sua localização naquela base de dados. Seria válido estabelecer a esses dois dispositivos deliberativos a mesma forma de publicidade que é conferida às Resoluções para melhoria da transparência e divulgação das informações.

Percebeu-se que o site da SES/DF apresentou informações divergentes em relação ao arquivo do CSDF e ao SINJ-DF. Em que pese não terem sido pesquisadas as razões dessas falhas, vale destacar que o site apresenta links para os três órgãos vinculados à pasta (CSDF, Fundação Hemocentro de Brasília e Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde). No caso das Fundações há o redirecionamento para páginas próprias da internet nas quais observam-se amplas funcionalidades, o que não ocorre no caso do CSDF. Portanto, seria interessante instituir mecanismo assemelhado para o Conselho de Saúde, aperfeiçoando a publicidade de seus atos normativos e, eventualmente, dando-lhe mais autonomia quanto aos seus mecanismos de comunicação com a sociedade, superando o que Luiz (2021) considera um dos principais problemas e desafios dos Conselhos de Saúde que é a incipiente transparência e publicização das ações empreendidas nesses locais.

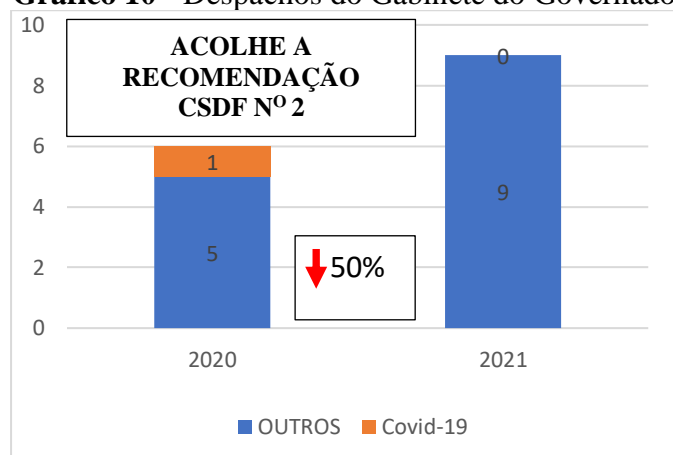
Para análise quanto à SES/DF e ao GDF, pesquisou-se inicialmente no SINJ-DF o termo de busca com o tipo de norma (portaria, decreto ou despacho) e posteriormente por Covid-19. As Portarias da SES/DF são documentos emitidos pelo Secretário de Saúde contendo ordens, instruções, recomendações e normas. Já os Decretos e Despachos são ordens ou resoluções emanadas pelo Governador do Distrito Federal, sendo os despachos utilizados em menor frequência. Na pesquisa por Decretos e Despachos foi assinalada como origem da norma o Gabinete do Governador, uma vez que outras autoridades também emitem Decretos. Destacase entre os dois anos a importante redução dos atos relacionados à Covid-19, sendo de 50% nas Portarias e Despachos e de 65% nos Decretos, conforme demonstrado nos gráficos 8, 9 e 10.

**Gráfico 8 - Portarias da SES/DF**

Fonte: Elaboração própria.

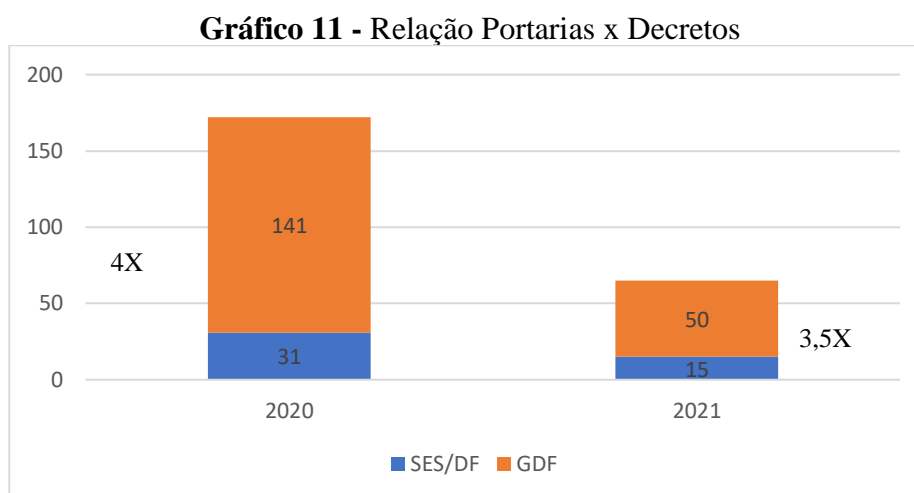
**Gráfico 9 - Decretos do Gabinete do Governador**

Fonte: Elaboração própria.

**Gráfico 10 - Despachos do Gabinete do Governador**

Fonte: Elaboração própria.

Nas 46 (quarenta e seis) Portarias da SES/DF relacionadas à Covid-19 o CSDF consta apenas na Portaria nº 127, de 27 de fevereiro de 2020, de criação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública - COE-COVID-19, em uma condição de parceria junto com outros órgãos, que não se realizou. Nenhum dos 191 (cento e noventa e um) Decretos do GDF trata do CSDF. Também chama a atenção a proporção de Decretos para Covid-19 ser muito maior que as Portarias, como apresentado no gráfico 11.



Fonte: Autoria própria.

Infere-se que a SES/DF não protagonizou a condução do enfrentamento à pandemia, mas sim o gabinete especial de combate ao coronavírus do GDF, com diversas secretarias e órgãos. Bispo Júnior (2020) identificou que no enfrentamento à Covid-19 “Estados e municípios instituíram comitês e/ou comissões de crise para apoiar o poder executivo no processo de tomada de decisão. No entanto, a representação da sociedade civil nesses comitês é composta de maneira preponderante por integrantes dos setores produtivo e empresarial, com incipiente representação dos segmentos populares e sociais. Além do mais, subverte-se o caráter deliberativo sobre as políticas de saúde atribuídas legalmente aos conselhos.”

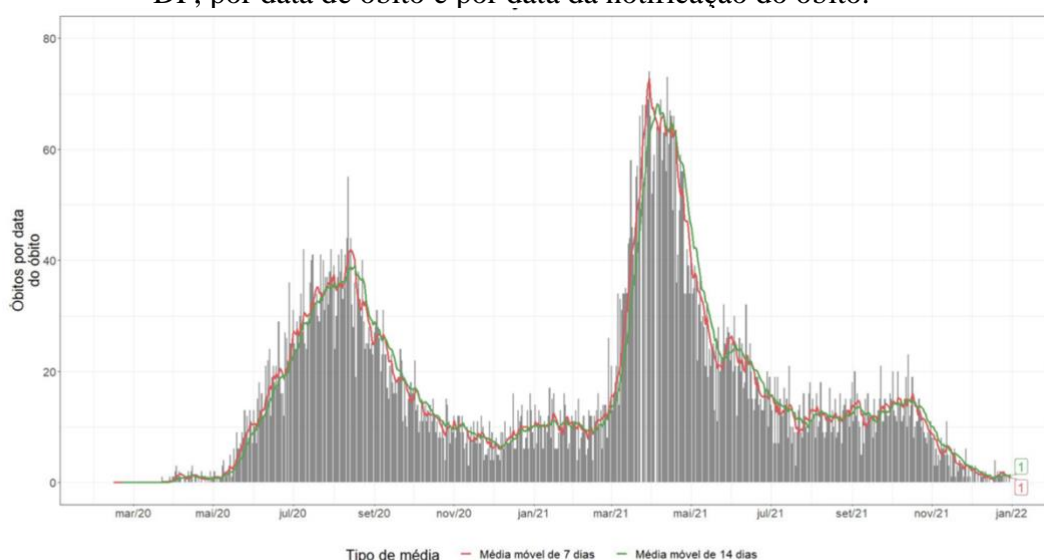
O único Despacho identificado foi direcionado especificamente à adoção da Recomendação CSDF nº 2, de 21 de abril de 2020, um fato inédito (APÊNDICE C). Conclui-se que nos 238 documentos apenas um é referente especificamente à implementação de deliberação do CSDF. O que reforça o entendimento dos estudos que pontam como condição crítica e desafiadora a adoção de deliberações dos Conselhos de Saúde por parte dos gestores, como apontado por Oliveira (2008) e Santos (2020).



O boletim CODEPLAN Covid-19, iniciado em 21 de abril de 2020, constituiu-se em uma importante ferramenta de dados sociais, demográficos, econômicos e epidemiológicos, reunindo informações, em série histórica, sobre casos confirmados, projeções situação dos leitos, fluxo de viagens, deslocamento de estudantes de trabalhadores, idosos e atividade econômica. A companhia integrou o gabinete especial de combate ao coronavírus do GDF.

A inclusão do gráfico dos óbitos do boletim CODEPLAN Covid-19, edição nº 90, de 28 de dezembro de 2021, disponibilizado em 04 de janeiro de 2022, visa uma melhor compreensão do cenário pandêmico no final de 2021, em uma perspectiva de série histórica que abrange o todo o período do estudo e está registrada no gráfico 12.

**Gráfico 12** – Novos óbitos diários por Covid-19 e tendência (média móvel de 7 e 14 dias) no DF, por data de óbito e por data da notificação do óbito.



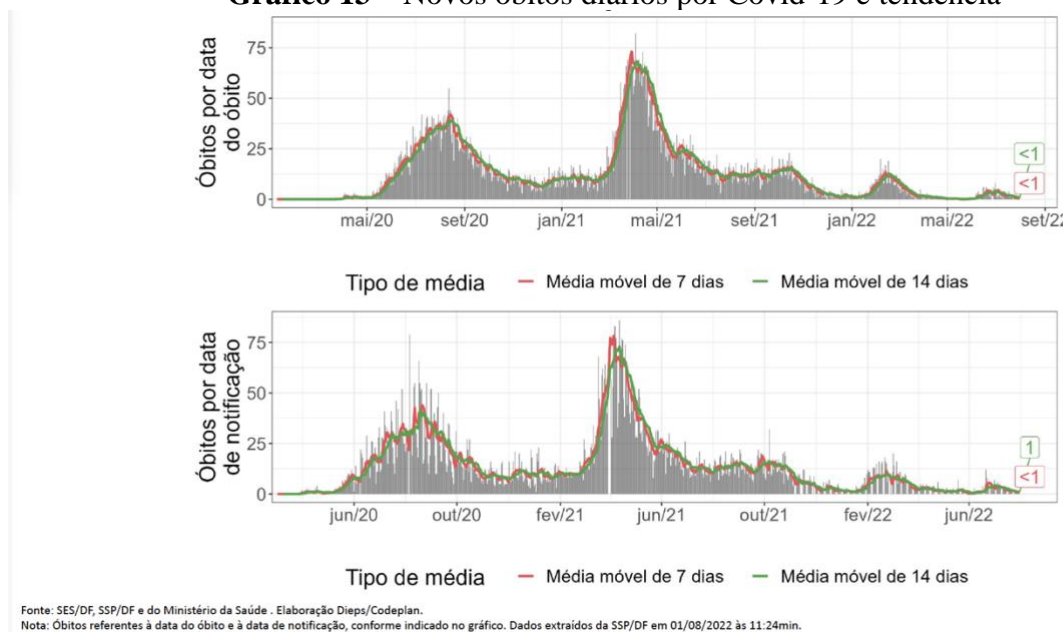
Fonte: SES/DF, SSP/DF e do Ministério da Saúde. Elaboração Dieps/Codeplan.  
Nota: Óbitos referentes à data do óbito e à data de notificação, conforme indicado no gráfico. Dados extraídos da SSP/DF em 03/01 às 08h22min.

Fonte: Boletim CODEPLAN Covid-19, edição nº 90.

Apesar do início da vacinação no Distrito Federal, em 19 de janeiro de 2021, no Gráfico 12 é notável que o início daquele ano teve aumento significativo e rápido nos óbitos diários com tendência de aumento elevada até meados de abril, correspondendo ao período mais crítico de óbitos desse estudo. Após esse pico a tendência passa a ser de queda, mas ainda em patamares mais elevados do que aqueles observados em 2020. Esse cenário assombroso de óbitos não justificaria a abrupta redução de atos normativos da SES/DF e do GDF referentes ao enfrentamento à Pandemia identificados naquele ano.

Considerando o último boletim CODEPLAN Covid-19, nº120, de 02 de agosto de 2022, a título de ilustração, vejamos no gráfico 13 o último da série histórica de óbitos por Covid-19 que confirma os dois maiores picos da pandemia ocorridos nos anos 2020 e 2021.

**Gráfico 13 – Novos óbitos diários por Covid-19 e tendência**



Fonte: Boletim CODEPLAN Covid-19, edição nº 120.

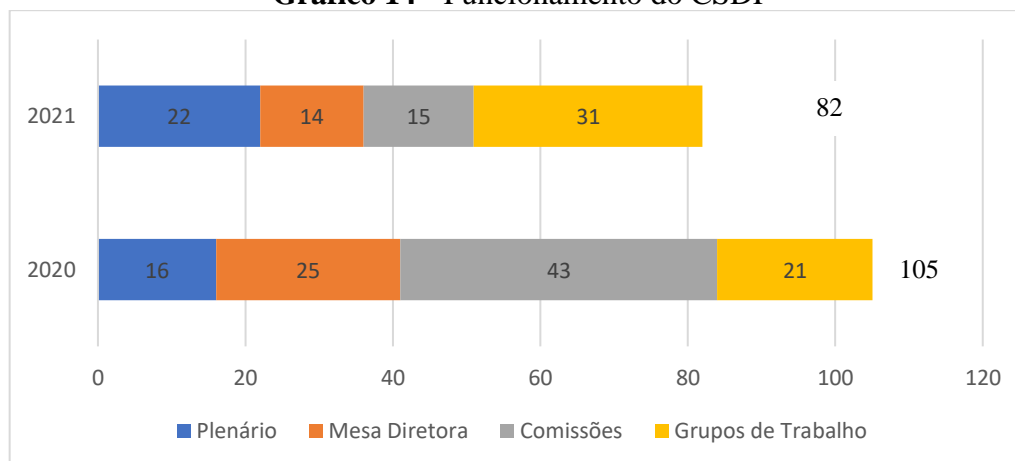
Concluída a análise dos instrumentos que tem forte conotação com os aspectos de Controle Social, sobretudo pela institucionalidade e prerrogativas deliberativas do CSDF, trataremos finalmente dos temas e eixos temáticos previamente estabelecidos para ampliarmos a observação também às suas ações, em outras dimensões, na perspectiva da Participação Social e intersetorialidade. Nesse sentido, é prioritária a análise das 38 atas das reuniões do CSDF realizadas, enquanto documento obrigatório que assegura o registro por escrito das reuniões, contendo fatos, ocorrências, deliberações e encaminhamentos do colegiado, além de outros documentos complementares. Optou-se por não utilizar às reuniões transmitidas pelo YouTube da SES/DF posto que esse recurso só foi instituído em dezembro de 2021.

Em relação ao funcionamento do CSDF é importante registrar que o colegiado se organiza por Mesa Diretora, Comissões e Grupos de Trabalho (temporários), sendo considerado plenário, ou pleno, o conjunto de seus 28 (vinte e oito) membros titulares. Foram analisadas a quantidade de reuniões ocorridas sem diferenciar modo presencial ou remoto, pois nesse tema o objetivo foi avaliar eventual descontinuidade do funcionamento do órgão, mas também cada uma de suas subdivisões. Constatou-se que não houve interrupção, com prevalência de reuniões em 2020, especialmente aquelas da Mesa Diretora e das Comissões. (Tabela1 e Gráfico 14)

**Tabela 1** - Tema: Funcionamento do CSDF

EIXO TEMÁTICO	2020	2021	TOTAL
Plenário	16	22	38
Mesa Diretora	25	14	39
Comissões	43	15	58
Grupos de Trabalho	21	31	52

Fonte: Autoria própria.

**Gráfico 14** - Funcionamento do CSDF

Fonte: Autoria própria.

As deliberações específicas para Covid-19 que o CSDF emitiu foram no total de 8 (oito) e o tema foi incorporado como pauta permanente. Relacionada ao eixo temático de Saúde e Segurança dos Trabalhadores foi identificada a Moção de Elogio nº 1, de 09 de junho de 2020, para todos que atuam na linha frente contra Covid-19 e reivindicando condições adequadas e seguras para o trabalho. Quanto às atividades escolares foi identificada a Resolução Ad Referendum nº 529, de 14 de julho de 2020, que dispõe sobre a oposição à liberação total de atividades no DF, anunciada em 2/07/2020, especialmente quanto a retomada das atividades escolares até que ocorra o real declínio do patamar de casos e óbitos por Covid-19 no DF. Não foram identificadas deliberações sobre vacinação, surpreendentemente, mas sim vários encaminhamentos em reuniões, especialmente a partir do dia 08/12/2020, quando a gestão da SES/DF informou que o DF seguiria o Plano Nacional do Ministério da Saúde e que já estaria se adequando para essa logística. A vacinação para Covid-19 no DF foi iniciada no dia 19 de janeiro de 2021. Esses achados estão descritos na Tabela 2 e Gráfico 15.

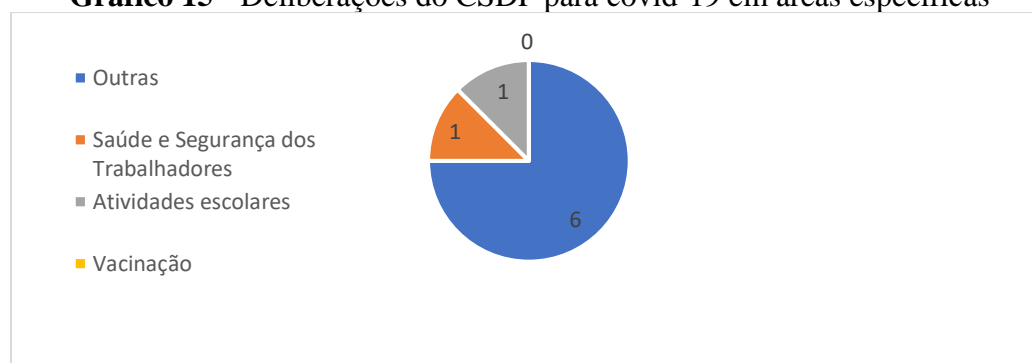
Dentre as três espécies de deliberação do CSDF a Resolução é a que tem caráter normativo. Assim, a Resolução Ad Referendum nº 529 ocupa papel de destaque pois foi citada em decisão liminar da terceira Vara Federal Cível do DF, no trâmite de Ação Civil Pública (ACP) 1025277-20.2020.4.01.3400 impetrada pelos Ministérios Públicos Federal, do Distrito Federal e Territórios e do Trabalho, requerendo judicialmente o fechamento de atividades não essenciais no Distrito Federal. Naquela ocasião o CSDF foi convidado a participar do processo, na condição de *amicus curiae*, entretanto, lamentavelmente, declinou com a justificativa de não possuir Assessoria Jurídica para representá-lo e acompanhar devidamente a ACP.

**Tabela 2** - Tema: Deliberações do CSDF Para Covid-19 em áreas específicas

EIXO TEMÁTICO	2020	2021	TOTAL
Saúde e Segurança dos Trabalhadores	1	0	1
Atividades Escolares	1	0	1
Vacinação	0	0	0

Fonte: Autoria própria.

**Gráfico 15** - Deliberações do CSDF para covid-19 em áreas específicas



Fonte: Autoria própria.

A análise do Tema 3 tem correlação direta com o Objetivo Específico 3. Considerando que o período pandêmico corresponde a mais de 90% do período pesquisado, como apontado no Gráfico 3, sendo que dos 69 dias não pandêmicos 30 deles correspondem ao recesso do CSDF, optou-se por adotar que, direta ou indiretamente, todas as ações e atividades desenvolvidas junto às organizações da sociedade civil e poderes públicos foram no contexto da Pandemia Covid-19 e, per si, na defesa do direito humano à vida e à saúde.

Enquanto instâncias com importante papel político-institucional, os Conselhos de Saúde devem dar visibilidade às demandas e necessidades da população, envolvendo a sociedade em seus debates e compreendendo a sua importância na defesa da vida e do direito universal à saúde. (Acipreste, 2022)

Costa (2021) entende que para a efetiva participação social é necessário que os conselheiros sejam capacitados para atenderem as demandas da população, sendo necessária a educação continuada e permanente para os conselheiros, para que esses possam exercer seu papel de forma efetiva e eficaz. Para Silva (2021) a função educativa precisa ser aprimorada e extensiva à comunidade, de maneira a contribuir para o estímulo à participação cidadã e defesa da democracia no SUS.

A postura de elevada institucionalização de Conselhos de Saúde focados em uma linha de trabalho que, em última instância, hierarquiza-se em função das demandas burocráticas, precisa encontrar lugar de equilíbrio e deve sempre buscar confluir características da representação institucional com mecanismos de mobilização social. (Rocha, 2020)

Reconhecendo que a pandemia de Covid-19 representou um desafio sem precedentes para o SUS e para a sociedade brasileira, por sua dimensão sindêmica, e sobretudo para o exercício do Controle e da Participação Social, posto que lhe impôs a necessidade de adequações das mais diversas para continuidade no desempenho das suas funções institucionais e construindo inclusive soluções adaptativas para potencializá-las, notadamente ao constituir parcerias para a promoção de ações e atividades interinstitucionais.

Na análise realizada, as 4 (quatro) atividades educativas foram quantificadas pela concretização da atividade em si, independentemente do número de encontros efetivados em cada uma delas. As 95 (noventa e cinco) atividades interinstitucionais foram contabilizadas pelo número de reuniões ou diligências, sem distinção entre ambos. Nos 13 (treze) eventos promovidos a quantificação considerou o evento em si, não incluindo as reuniões prévias para sua organização. Já nas 35 (trinta e cinco) participações em eventos, assim como nas atividades educativas, considerou-se individualmente o evento para o qual o CSDF foi convidado, ainda que realizado em período maior que um dia. (Tabela 3)

É possível destacar alguns achados: (a) o quantitativo significativo de ações e atividades, com maioria realizada em formato remoto; (b) a diversidade das parcerias (Organizações da Sociedade Civil, Poder Legislativo local e federal, Poder Judiciário local e federal, Órgãos de Controle Externo, Instituições de Pesquisa e Ensino, entre outros); (c) a Ação Conjunta Covid-19 como atividade prevalente; (d) o CNS como parceiro mais frequente; (e) a Fiocruz Brasília como parceiro presente nos 4 eixos temáticos.

**Tabela 3 - Tema: Ações e Atividades Interinstitucionais do CSDF**

\*\*\* Experiências do CSDF que compõem a série técnica Navegador SUS – Laboratório de Inovação –  
Conselhos de Saúde e Participação Social na resposta à Covid-19, da OPAS/CNS

EIXO TEMÁTICO	AÇÃO/ ATIVIDADE	PARCERIAS	2020	2021	TOTAL
Educativas	Treinamento: Lei de Acesso à Informação e Controle Social - Conselhos de Saúde	DICOS PGDF	1	-	<b>4</b>
	***Atualização para Conselheiros de Saúde do DF e Regiões de Saúde	EAP SUS DICOS SES/DF	-	1	
	Formação de Educadores para Controle Social e participação popular no SUS-DF	Fiocruz Brasília	-	1	
	Formação para o Controle Social	CEAP	-	1	
Intersetoriais	Comitê Executivo Distrital da Saúde	TJDFT Justiça Federal DPU Defensoria Pública DF PROSUS – MPDFT CDS-OAB/DF SES/DF CRMDF ANVISA MS	12	14	<b>95</b>
	***Ação Conjunta Covid-19	CDS-OAB/DF CRSB CESC CRMDF CDH - SindEnfermeiro CORENDF ABENDF CRPDF CRSS SINDATEDF	40	1	
	Comissão Especial Mista da Covid-19 do Congresso Nacional	CONGRESSO NACIONAL	20	-	
	Plataforma de Inteligência Cooperativa com a Atenção Primária à Saúde - PICAPS	Fiocruz Brasília UnB SES/DF	5	3	
	1º Seminário para discutir o novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde	CNS CLDF	1	-	
Eventos promovidos	1º Fórum Popular Distrital de Saúde – Enfrentando juntos a Covid-19 e suas consequências –Macrorregião 1	Fiocruz Brasília	1	-	<b>13</b>
	1º Fórum Popular Distrital de Saúde – Enfrentando juntos a Covid -19 e suas consequências –Macrorregião 2		1	-	

	1º Fórum Popular Distrital de Saúde– Enfrentando juntos a Covid -19 e suas consequências – Macrorregião 3		1	-	
	***1º Fórum Popular Distrital de Saúde – Enfrentando juntos a Covid -19 e suas consequências – DF		1	-	
	Distrito Federal em defesa do SUS - Seminário Estadual	CNS	-	1	
	Lançamento do III Seminário Nacional de Saúde das Mulheres e Etapas Regionais		-	1	
	III Seminário Nacional de Saúde das Mulheres Etapa do DF		-	1	
	III Seminário Nacional de Saúde das Mulheres Etapa do Centro-Oeste		-	1	
	III Seminário Nacional de Saúde das Mulheres		-	1	
	*** Ato pelas 300.000 vidas perdidas para a COVID-19 no país	CNS SODF CDS-OAB/DF SindEnfermeiro ColetivaSUS	-	1	
	*** Ato do Dia Mundial da Saúde –		-	1	
	Ato contra agressão aos profissionais de saúde	SODF SindEnfermeiro SINDATEDF	-	1	
Participação em eventos	Audiências Públicas	CLDF	9	6	35
	Diversos do CNS	CNS	4	6	
	Entrevista ao Canal Saúde – Boletim Corona: atuação dos Conselhos de Saúde na pandemia	CNS Canal Saúde Fiocruz	1	-	
	Entrevista: importância da segunda dose da vacina Covid	CUT-DF	-	1	
	I Congresso Sindical	SindEnfermeiro	-	1	
	Fórum Distrital da Sociedade Civil em Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa - Roda de Conversa	Conselho dos Direitos dos Idosos do DF	-	1	
	Saúde Mental: Situação dos Leitos nos Hospitais Gerais do DF	CESC CLDF	-	1	
	Diálogos sobre o monitoramento da vacinação	Fiocruz Brasília	-	1	
	Oficina virtual “Ações dos Conselhos de Saúde no contexto da Pandemia COVID-19”	OPAS CNS	-	1	
	Pesquisa e desenvolvimento para governança territorial saudável e sustentável no DF - Webinar	Fiocruz Brasília	-	1	
	Vacinação como direito humano	Fiocruz Brasília	-	1	
	Encontro Nacional dos Estudantes de Enfermagem	SindEnfermeiro DF	-	1	

Fonte: Autoria própria.

Embora o objetivo específico proposto seja relacionar as atividades destacam-se entre elas: as quatro experiências do Distrito Federal selecionadas para a Série Técnica Navegador SUS - Laboratório de Inovação – Conselhos de Saúde e Participação Social na resposta à Covid-19, da OPAS/CNS (Apêndice D), a entrevista para o Canal Saúde no programa Boletim Corona: atuação dos Conselhos de Saúde na pandemia, transmitida em 07 de setembro de 2020 (Apêndice E), o 1º Fórum Popular Distrital de Saúde – Enfrentando juntos a COVID-19 e suas consequências, cujo documento final foi um Plano Popular de enfrentamento à pandemia acolhido pela SES/DF (Apêndice F) e a Ação Conjunta Covid-19 cujo relatório final foi entregue à sociedade no Seminário de Direito à Saúde – desafios no enfrentamento à Covid-19, promovido pela CLDF (Apêndice G)

Deliberar é um termo polêmico cuja efetivação depende da forma como são processadas as decisões, e no caso dos Conselhos de Saúde devem refletir as necessidades de saúde dos distintos atores e grupos sociais. Porém, ainda são incipientes os mecanismos para seu monitoramento. (Labra, 2009; Luiz, 2020) Analisar a adoção das deliberações do CSDF relacionadas à Covid-19 requer considerar o caráter normativo das Resoluções, sugestivo das Recomendações e nas Moções de manifestação. Assim, das 8 (oito) deliberações identificadas não cabe analisar aquelas que não foram designadas para a SES/DF ou para o GDF (Moção de Repúdio nº 1, dirigida ao CRMDF e a Recomendação nº 4 de apoio à da CPI)

**Tabela 4** - Tema: Adoção de deliberações CSDF Covid-19 pela SES/DF e GDF

EIXO TEMÁTICO	DELIBERAÇÃO	COMENTÁRIO	TOTAL
Acolhidas	Recomendação nº 2/2020 que o GDF continue adotando com rigor as medidas de isolamento e distanciamento social	Ineditismo da adoção formal no DODF	<b>2</b>
	Resolução nº 529/2020 - a oposição à liberação total de atividades no DF, especialmente quanto a retomada das atividades escolares.	Mantida quanto à questão do retorno escolar	
Não acolhidas	Moção de Repúdio nº 3/2021 - à realização da Copa América de Futebol 2021	O evento foi realizado sem	<b>2</b>
	Recomendação nº 7/2021 - que o GDF revogue a decisão do Distrito Federal sediar os jogos da Copa América 2021	nenhum retorno quanto às deliberações	
Acolhidas parcialmente	Recomendação nº 6/2021 - parceria com a Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, para fornecimento de leitos para a rede SES-DF	A parceria não foi consolidada pela Rede Sarah	<b>1</b>
Não foi possível identificar a implementação	Moção de Elogio nº 1/2020 - elogio aos profissionais de saúde e dos serviços que atuam na linha de frente à Covid-19 e para que tenham condições adequadas e seguras para o trabalho	O acompanhamento foi possível apenas aos trabalhadores da SES/DF, pelas diligências da Ação Conjunta Covid-19	<b>1</b>

Fonte: Autoria própria.



## 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A emergência de saúde pública de importância internacional da Covid-19 foi decretada em 11 de março de 2020 e encerrada em 5 de maio de 2023, pela OMS. O Brasil teve média de mortes muito acima da média mundial, sendo 2021 o ano mais letal. No Distrito Federal o cenário se replicou e o recorte da pesquisa permite analisar os dois anos pandêmicos mais críticos. O maior desafio sanitário do início do século 21 amplia a dívida histórica do Estado brasileiro na garantia do direito humano à vida e à saúde, previsto constitucionalmente, em razão da tomada de decisões claramente pautadas na hegemonia neoliberal e na escolha de um caminho Necropolítico. Na mesma carta constitucional é assegurada a participação da comunidade no SUS, pelos Conselhos de Saúde, em um processo participativo que, na contemporaneidade, exige que seus sujeitos não se limitem ao simples direito de participar, mas que o exerçam com consciência política de seu papel no tempo histórico, como Marilena Chauí propõe, “a autonomia dos sujeitos nos processos decisórios é o elemento central da participação, requerendo consciência da realidade, das necessidades e dos requisitos para transformá-la.”

Compreender a importância das ações do Conselho de Saúde do Distrito Federal, nesse período, passa pela observação de duas dimensões: do Controle Social e da Participação Social. No controle, como colegiado permanente e deliberativo, foram identificadas suas principais pautas, estratégias e deliberações. De outro lado, em que pese a complexidade e subjetividade para avaliação do contexto deliberativo, foi identificado que apenas uma portaria da SES/DF e um despacho do GDF, para Covid-19, estavam relacionados ao Conselho. Na dimensão da Participação, foram relacionadas as atividades desenvolvidas que ampliam o seu escopo de atuação buscando dialogar e articular-se com a sociedade civil e outros poderes públicos, na perspectiva de uma gestão participativa ampliada e com parcerias. A partir da compreensão do papel do CSDF exercido no enfrentamento à Covid-19, foi elaborado um sintético Procedimento Operacional Padrão como orientação sugestiva para o enfrentamento de futuras emergências sanitárias, a ser encaminhado ao órgão para apreciação (APÊNDICE H).

Com quatro gestões distintas de Secretários de Saúde, conseqüentemente sucessivas mudanças dos conselheiros gestores, e a necessidade de adequar-se ao modelo remoto, contou com apoio essencial do CNS, fornecendo Webcams, fones e microfone. O “simples” fato de o CSDF manter-se em funcionamento é elemento central para os resultados encontrados. Mesa

Diretora e Comissões adaptaram-se rapidamente e mantiveram suas atividades, inclusive mais intensamente em 2020. Com reuniões majoritariamente remotas, não houve descontinuidade de funcionamento, o retorno do plenário ocorreu em junho e posteriormente as reuniões passaram a ser transmitidas ao vivo pelo YouTube, conferindo-lhe mais transparência.

No Brasil uma das maiores dificuldades do Controle Social é a efetivação de seu caráter deliberativo. A sua mensuração é desafiadora e não há uma cultura de monitoramento e acompanhamento de deliberações. Porém, do ponto de vista da sua concretização no mundo jurídico, a publicação em Diário Oficial é um procedimento essencial. Todas as Resoluções do CSDF foram publicadas no DODF. Contudo, Recomendações e Moções não tem o mesmo tratamento, fato que merece ser modificado, assegurando também a esses tipos deliberativos a aplicação do princípio da publicidade. Mesmo tornando-se pauta permanente, a Covid-19 correspondeu a apenas 20% da produção deliberativa, com apenas uma Resolução, que é o tipo deliberativo com caráter normativo. Em que pese a adoção da Recomendação CSDF nº 2/2020, por Despacho de Governador, o instrumento utilizado em ACP foi a Resolução nº 529. Assim, percebe-se subutilização de seu principal meio deliberativo.

É surpreendente observar a redução abrupta de atos normativos afetos à Covid-19, tanto da SES/DF como do GDF, no ano de 2021 em relação a 2020, sobretudo pelo fato de que o segundo ano de pandemia tenha sido o mais crítico. Para além da redução dos atos normativos, a proporção entre as normas demonstra que a condução da pandemia, definitivamente, não passou pela pasta da saúde.

Pelo número expressivo e visibilidade alcançados com as atividades interinstitucionais, notadamente pela diversidade das parcerias constituídas com Organizações da Sociedade Civil, Poder Legislativo, Poder Judiciário, Órgãos de Controle Externo e Instituições de Pesquisa e Ensino, é possível que, diante do contexto desafiador e até mesmo reconhecendo suas limitações, o CSDF tenha identificado nessas ações uma estratégia para ampliar a sua possibilidade de resposta ao desafio sanitário posto, em direção a um Controle e Participação Social com visão democrática e participativa ampliados.

Reconhecendo que as lutas sociais encontram nas estruturas do Estado, e não fora delas, os espaços para defesa de direitos, compreende-se um papel importante do Conselho de Saúde do Distrito Federal no enfrentamento à pandemia Covid-19, nos anos 2020 e 2021.

## REFERÊNCIAS

ACIPRESTE, M. T. L. *et al.* Atuação do Conselho Nacional de Saúde frente à pandemia de Covid-19: uma análise documental. **Revista Ciência Pura**, v.8, n.3, p. 1, e28241, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/28241/16163>. Acesso em: 25 fev. 2023.

AITH, F. M. A. **Direito à Saúde e Democracia Sanitária**. 1. ed. São Paulo: Quartier Latin, 2017.

ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Consolidando a gestão participativa e o controle social na cidade do Recife: 2001-2005. *In*: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos**. Brasília: 2007.

ALMEIDA FILHO, N.; PAULANE, L.M. Regulação social e acumulação por espoliação: reflexão sobre a essencialidade das teses de financeirização e da natureza do estado na caracterização do capitalismo contemporâneo. **Economia e Sociedade**. Campinas: v. 20, n. 2, p. 1, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ecos/a/P65HTX8S5YcSSwBwQMKGd8G/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 13 jan. 2023.

AMARAL, Roberto. A democracia representativa está morta; viva a democracia participativa!. *In*: GRAU, Eros Roberto; GUERRA FILHO, Willis Santiago (org.) **Direito Constitucional: Estudos em homenagem a Paulo Bonavides**. São Paulo: Malheiros Editores Ltda, 2001.

ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**. Rio de Janeiro: ano III, n. 6, p. 59-62, agosto, 2011. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/praxis/article/view/566/528>. Acesso em: 7 set. 2023.

ARENDT, Hannah. **Origens do totalitarismo**. Tradução Roberto Raposo 1ª. Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

AROUCA, A. S. da S. **Cerimônia de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: 17 mar, 1986. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48681>. Acesso em: 22 fev. 2021.

AROUCA, A. S. da S. Apresentação da 4ª capa. *In*: TEIXEIRA, S. F. (org). **Reforma Sanitária e Democracia em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

AVRITZER, Leonardo. A qualidade da democracia e a questão da efetividade da participação: mapeando o debate. *In*: PIRES, R. R. C. (org). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação. Diálogos para o desenvolvimento**. Brasília: volume 7, Ipea, 2011.

BARBOSA, Swedenberger do Nascimento. Financiamento da saúde: ferramenta de concretização do direito à saúde. *In: COSTA, A.B. et al. O direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde*. Brasília: CEAD/UnB, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod\\_resource/content/1/BARDIN\\_\\_L.\\_1977.\\_Analise\\_de\\_conteudo.\\_Lisboa\\_edicoes\\_\\_70\\_\\_225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7684991/mod_resource/content/1/BARDIN__L._1977._Analise_de_conteudo._Lisboa_edicoes__70__225.20191102-5693-11evk0e-with-cover-page-v2.pdf). Acesso em: 7 set. 2023.

BERLINGUER, Giovanni *et al.* **Reforma Sanitária Itália e Brasil**. São Paulo: Cebes: Hucitec, 1988.

BERTHELOT, J. M. Corpset et société. Problèmes métholdologiques poses par une approche sociologique du corps. **Cahiers internationaux de sociologie**. Paris, v. LXXIV, jan-jun, 1983.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MORAIS, M.B. Participação comunitária no enfrentamento da COVID-19: entre o utilitarismo e a justiça social. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p.1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/i/2020.v36n8/>. Acesso em: 31 mar. 2021.

BISPO JÚNIOR, J.P.; Sampaio J.J.C. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**. Washington, US: v. 23, n 6, p.1, 2008. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n6/a05v23n6.pdf>. Acesso em: 11 set. 2022.

BISPO JÚNIOR, J. P; ROCHA, M. B. Democracia, participação e deliberação nos Conselhos de Saúde: reflexões e desafios. **Revista Desigualdade & Diversidade**. Rio de Janeiro: n. 16, p. 60-94, 2019. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/38920/38920.PDF>. Acesso em: 11 set. 2022.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da VIII CNS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf\\_nac\\_anais.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf). Acesso em: 10 fev. 2023.

**BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000.** Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [2000]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em: 10 fev. 2023.

**BRASIL. Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.** Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica. Brasília, DF: Presidência da República, [2015]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm). Acesso em: 10 fev. 2023.

**BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 10 fev. 2023.

**BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 10 fev. 2023

**BRASIL. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: 10 fev. 2023

**BRASIL. Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019.** Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília: Presidência da República, 11 abr. 2019. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137350](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/71137350). Acesso em: 10 fev. 2023

**BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2012]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). Acesso em: 10 fev. 2023

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 30 mar. 2022

BRASIL. **Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011**. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 21 dez. 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7646.htm). Acesso em: 22 abr. 2022

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

BUSANA, J.A *et al.* Participação popular, controle social e organização em Conselhos de Saúde: revisão integrativa. **Saúde Coletiva**. São Paulo: ano 11, n. 63, p. 1, 2021.

CARMO, Eduardo Hage. Preparação para emergências em Saúde Pública no Brasil. *In*: COSTA, A.B. *et al.* **O direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD/UnB, 2008.

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

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, A. M. R. *et al.* A ilusão das utopias de mercado: as instituições do golpe de 2016 no Brasil e o ataque à classe trabalhadora. **Research, Society and Development**. São Paulo: v. 10, n. 2, e19310212390, p. 1, 2021. Disponível em: <https://www.mendeley.com/catalogue/85a7d46b-bca8-3870-8b41-58ba37a9e7e2/>. Acesso em: 21 abr. 2022.

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

CHAUÍ, Marilena de Souza. **Considerações sobre a democracia e os obstáculos à sua concretização**. Pólis Publicações. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2005.

CHIORO, A. *et al.* **Financiamento do SUS e garantia de direitos**. [livro eletrônico] orientação técnica e produção de dados na garantia de direitos no contexto da pandemia Covid-19. São Paulo: UNIFESP, 2021. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/06/ebook.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2022.

CODEPLAN. **Boletins covid-19**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/boletim-covid-19/>. Acesso em: 08 set. 2023.

CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Ata da 448ª Reunião Ordinária, de 10 de março de 2020**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/893556/448a-RO-Reuniao-Ordinaria-do-CSDF.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2022.

COSTA, A.B. *et al.* **O direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD/UnB, 2008.

COSTA, F.B.C. *et al.* Controle social no sistema único de saúde: análise qualitativa das pesquisas de pós-graduações brasileiras. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e5287, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/5287>. Acesso em: 28 abr. 2021.

DELDUQUE, M. C.; OLIVEIRA, M.S.C. Tijolo por tijolo: a construção permanente no direito à saúde. *In*: COSTA, A.B. *et al.* **O direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD/UnB, 2008.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Economia. **Tutorial de navegação no Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal**. Brasília, 2022. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinjpgadiao/Imagens/Tutorial\\_de\\_uso\\_do\\_Sinj\\_DF.pdf](https://www.sinj.df.gov.br/sinjpgadiao/Imagens/Tutorial_de_uso_do_Sinj_DF.pdf). Acesso em: 7 abr. 2023.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 2.225, de 28 de março de 1973**. Cria o Conselho de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 1973. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/3244/Decreto\\_2225\\_28\\_03\\_1973.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/3244/Decreto_2225_28_03_1973.html). Acesso em: 11 jul. 2022.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 2.303, de 03 de julho de 1973**. Altera o Decreto nº 2.225. Brasília, 1973. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/3355/Decreto\\_2303\\_03\\_07\\_1973.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/3355/Decreto_2303_03_07_1973.html). Acesso em: 11 jul. 2022.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 070, de 22 de dezembro de 1989**. Altera as atribuições e a composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal, dispõe sobre vários colegiados da estrutura administrativa do Governo do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília, 1989. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/18439/Lei\\_70\\_22\\_12\\_1989.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/18439/Lei_70_22_12_1989.html). Acesso em: 11 jul. 2022.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 469, de 22 de dezembro de 1989**. Altera as atribuições e a composição do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 1989. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/48428/Lei\\_469\\_25\\_06\\_1993.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/48428/Lei_469_25_06_1993.html). Acesso em: 11 jul. 2022.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 4.604, de 15 de julho de 2011**. Dispõe sobre a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Brasília, Câmara

Legislativa do Distrito Federal, 2011. Disponível em:  
[https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/68849/Lei\\_4604\\_2011.html#art18\\_incIII](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/68849/Lei_4604_2011.html#art18_incIII).  
Acesso em: 11 jul. 2022.

DISTRITO FEDERAL. **Resolução CSDF nº 522, de 09 de julho de 2019**. Regimento Interno do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2019. Disponível em:  
[https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fdcfde774c6e46e9ad45d79fe5ed3f95/Resolu\\_o\\_522\\_09\\_07\\_2019.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fdcfde774c6e46e9ad45d79fe5ed3f95/Resolu_o_522_09_07_2019.html). Acesso em: 11 jul. 2022.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 7.121, de 25 de abril de 2022**. Altera a Lei nº 4.604, de 15 de julho de 2011. Brasília, Câmara Legislativa do Distrito Federal, 2022. Disponível em:  
[https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/c00408918b2f4c888ad4ec30cccf45f8/Lei\\_7121\\_25\\_04\\_2022.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/c00408918b2f4c888ad4ec30cccf45f8/Lei_7121_25_04_2022.html). Acesso em: 11 jul. 2022.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 40.509, de 11 de março de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus e dá outras providências. Brasília, 2020. Disponível em:  
[https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/ad0fae78af5f4e50b46c7357b7ee8597/Decreto\\_40509\\_11\\_03\\_2020.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/ad0fae78af5f4e50b46c7357b7ee8597/Decreto_40509_11_03_2020.html). Acesso em: 20 jan. 2023.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 40.546, de 20 de março de 2020**. Dispõe sobre o teletrabalho, em caráter excepcional e provisório, para os órgãos da administração pública direta, indireta, autárquica e fundacional do Distrito Federal, a partir de 23 de março de 2020, como medida necessária à continuidade do funcionamento da administração pública distrital em virtude da atual situação de emergência sanitária em saúde pública e pandemia declarada pela organização mundial de (OMS), em decorrência do coronavírus (COVID-19), e dá outras providências. Brasília, 2020. Disponível em:  
[https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/7c595bba3c43420e998ca801ae6f1c62/Decreto\\_40546\\_20\\_03\\_2020.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/7c595bba3c43420e998ca801ae6f1c62/Decreto_40546_20_03_2020.html). Acesso em: 20 jan. 2023.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 41.841, de 26 de fevereiro de 2021**. Dispõe sobre o teletrabalho, em caráter excepcional e provisório, para os órgãos da administração pública direta, indireta, autárquica e fundacional do Distrito Federal, como medida necessária à continuidade do funcionamento da administração pública distrital em virtude da pandemia da COVID-19, e dá outras providências. Brasília, 2021. Disponível em:  
[https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/f420758b53ef4ac698ae64733fc20726/exec\\_dec\\_41841\\_2021\\_rep.html#art7](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/f420758b53ef4ac698ae64733fc20726/exec_dec_41841_2021_rep.html#art7). Acesso em: 20 jan. 2023.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 44.26, de 23 de fevereiro de 2023**. Revoga o Decreto nº 41.841, de 26 de fevereiro de 2021, que dispõe sobre o teletrabalho, em caráter excepcional e provisório, para os órgãos da administração pública direta, indireta, autárquica e fundacional do Distrito Federal, como medida necessária à continuidade do funcionamento da administração pública distrital, em virtude da pandemia da COVID-19 e dá outras providências, bem como o Decreto nº 42.462, de 30 de agosto de 2021, que institui e regulamenta o teletrabalho, e dá outras providências. Brasília, 2023. Disponível em:  
[https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/03601f83d5c349d18c47bf2e84d4a60a/exec\\_dec\\_44265\\_2023.html#art1\\_](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/03601f83d5c349d18c47bf2e84d4a60a/exec_dec_44265_2023.html#art1_). Acesso em: 20 jan. 2023.



DURAN, P. R. F.; GRESCHMAN, S. Desafios da participação social nos Conselhos de Saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: v. 23, n. 3, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000300884&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300884&lng=pt&tlng=pt). Acesso em: 22 ago. 2021.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998.

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

FICARRA, M. F. B. C. **Democracia Participativa no mundo e no Brasil**. 1. Ed. Belo Horizonte, São Paulo: D'Plácido, 2021.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. Tradução de Maria Ermantina Galvão. 2ª. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

FRICKER, Miranda. **Epistemic Injustice: Power and Ethics of Knowing**. New York: Oxford University Press, 2007.

GAMBA, Cristian de Oliveira. Sindemia e cárcere no Brasil: descartabilidade dos corpos e gestão dos indesejáveis no contexto da Covid-19. *In*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS (SMDH). **Violações dos direitos humanos no Brasil: denúncias e análises no contexto da Covid-19**. Sociedade Maranhense de Direitos Humanos *et al.* Passo Fundo: Saluz, 2021.

GIOVANELLA, L. *et al* (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GOMES, J. F. F.; ÓRFÃO. N. H. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v.45, n. 131. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26843>. Acesso em: 31 mar. 2023.

GOMES, J. F. F.; ÓRFÃO. N. H. Controle Social na gestão do SUS: aspectos estruturais, organizativos e estratégicos. **Research, Society and Development**. v.1 n. 1. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26843>. Acesso em: 14 jun. 2023.

GHEBREYESUS, T. **Speech to the Chamber of Deputies's Social Security and Family Commissions**. Brasília: 21 March 2018. Disponível em: <http://www.who.int/dg/speeches/2018/chamber-of-deputies/en/>. Acesso em: 14 Jun. 2021.

GUIZARDI, Francine Lube. **Do controle social à gestão participativa: perspectiva (pós soberanas) da participação política no SUS**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

HABERMAS, Jurgen. **Droit et morale**. Tanner Lectures. Paris: Editions du Seuil, 1997.

HALLAL, Pedro Rodrigues Curi. Uma análise epidemiológica sobre o manejo da pandemia de Covid-19 no Brasil. *In: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS (SMDH). Violações dos direitos humanos no Brasil: denúncias e análises no contexto da Covid-19.* Sociedade Maranhense de Direitos Humanos *et al.* Passo Fundo: Saluz, 2021.

KOHLER, J.; MARTINEZ, M.G. Participatory health councils and good governance: healthy democracy in Brazil?. *International Journal for Equity in Health.* 14, 21, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0151-5>. Acesso em: 03 mar. 2021.

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

LABRA, M. E. Política Nacional de Participação na Saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. *In: FLEURY, Sônia e LOBATO, L.V.C. (org.) Participação, Democracia e Saúde.* Rio de Janeiro: CEBES, 2009.

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

LUIZ, S.G *et al* Ações efetivas em Conselhos de Saúde. *In: SILVA, A. L. V. (org.). Estudos em Ciências Humanas e Sociais.* Volume 3. Minas Gerais: Poisson, 2021.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte.** Tradução de Renata Santini. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MACHIN, Rosana.; COUTO, M. C.; MOTA, André. Corpos, corporeidades e a relação indivíduo-sociedade: a COVID-19 como pano de fundo da vida cotidiana brasileira. *In: MOTA, André. Sobre a pandemia: experiência, tempo & reflexões.* São Paulo: 1ª ed., Hucitec, 2021.

MARSTON, Cicely; Renedo, Alicia; Miles, Sam. Community participation is crucial in a pandemic. *The Lancet.* Reino Unido: v. 395, n. 10238, p. 1676, may, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31054-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31054-0/fulltext). Acesso em: 18 ago. 2022.

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo.** Brasília: IPEA, 1997.

MENEGAT, Marildo. Noites brancas – o exército como regulador imediato da gestão da barbárie. *Geografares Online.* n.28, 2019. Disponível em: <https://journals.openedition.org/geografares/2315>. Acesso em: 12 jul. 2022.

MINAYO, M. C. S. *et al.* **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MONTESQUIEU, C. L. S. **O espírito das leis.** São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MOREIRA, M. R. Reflexões sobre democracia deliberativa. Contribuições para os Conselhos de Saúde num contexto de crise política. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro: v. 40, n. SPE, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4BGtwvLWV4PCy6yw8wzTCBk/>. Acesso em: 12 jul. 2022.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v14, n.3, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pgVkgZVkhNkVssbbRtZbwVC/abstract/?lang=pt> Acesso em: 15 nov. 2022.

MORETTI, Bruno. Orçamento público e direito à saúde em tempos de pandemia: análise do caso brasileiro. *In*: SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS (SMDH). **Violações dos direitos humanos no Brasil: denúncias e análises no contexto da Covid-19 no Brasil**. Passo Fundo: Saluz, 2021.

MOTA, André. **Sobre a pandemia: experiência, tempo & reflexões**. São Paulo: 1ª ed., Hucitec, 2021.

NARVAI, P. C. **SUS: uma reforma revolucionária. Para defender a vida**. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

NOGUEIRA, R. P. Higiomania. A obsessão com a saúde na idade contemporânea. *In*: VASCONCELLOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

OLIVEIRA, M.S.C. Fragmentos de discursos construídos a várias vozes: notas sobre democracia, participação social e Conselhos de Saúde. *In*: COSTA, A.B. *et al.* **O direito achado na rua: Introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD/UnB, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Documentos Básicos**. Genebra: ed. 48, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>. Acesso: em 10 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente> . Acesso em: 10 maio 2023.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PIOVESAN, Flávia. A Constituição Brasileira de 1988 e os tratados internacionais de direitos humanos. **EOS Revista Jurídica da Faculdade de Direito**. São Paulo: ano 2, v. 2, n. 1, p 20-33, 2008.

ROCHA, M.B. *et al.* Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, 2020.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **O Contrato Social e outros escritos**. São Paulo: 5ª ed., Editora Cultrix, 1980.

ROSEN, George. **A history of public health**. New York: MD Publications, 1958.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Renovar la teoría crítica y inventar la emancipación social: encuentros em Buenos Aires**. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO, 1ª ed., 2006.

SANTOS, Boaventura de Sousa. Prefácio: O coronavírus, nosso contemporâneo. *In: Direitos humanos e Covid-19*. 1. Ed. Belo Horizonte, São Paulo: D'Plácido, 2021.

SANTOS, C. L. et al. Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v. 25, n. 11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mnNTGr5N5QQZjXfZ97ZcfBF/?lang=pt>. Acesso em: 11 set. 2021.

SÁ-SILVA, J.R; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**. Rio Grande do Sul: ano 1, v.1, jul, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/pdf>. Acesso em: 7 set. 2023.

SATO, A.K. et al. Os conselhos de política social – Algumas conclusões e resultados. **Repositório do Conhecimento do IPEA**. 2003. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4747> Acesso em: 20 ago. 2022.

SENADO FEDERAL. **CPI da Pandemia – Relatório Final**. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento/download/fc73ab53-3220-4779-850c-f53408ecd592>. Acesso em: 14 nov. 2021.

SILVA, B.T.; LIMA, I. M .S. O. Conselhos e conferências de saúde no Brasil: uma revisão Integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.26, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/i/2021.v26n1/> . Acesso em: 27 nov. 2022.

SILVA, Ederson Alves da. **Organização, estrutura e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais**. 2021. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2021.

SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS (SMDH). **Denúncia de violações dos direitos à vida e à saúde no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil**. Sociedade Maranhense de Direitos Humanos *et al*. Passo Fundo: Saluz, 2021.

SOCIEDADE MARANHENSE DE DIREITOS HUMANOS (SMDH). **Violações dos direitos humanos no Brasil: denúncias e análises no contexto da Covid-19**. Sociedade Maranhense de Direitos Humanos *et al*. Passo Fundo: Saluz, 2021.

SOUSA JÚNIOR, J. G. *et al*. **O Direito achado na rua: concepção e prática**. Rio de Janeiro: Lumem Juris, 2015.

SUXBERGER, A. H. G. Direitos Humanos e Democracia: os atalhos da pandemia da COVID-19. In SOUSA JÚNIOR, J. G. *et al.* **Direitos humanos e Covid-19**. 1. Ed. Belo Horizonte, São Paulo: D'Plácido, 2021.

VASCONCELLOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.

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

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

VIEIRA, M. **Modelo de Avaliação da Gestão da Participação Popular em Sistemas Municipais de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Programa de pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis: 2010.

VILAÇA, D.S.S.; CAVALCANTE, D. S.; MOURA, L.M. Atuação do Conselho de Saúde do Distrito Federal na formação da Atenção Primária à Saúde, de 2016 a 2018: estudo de caso. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: V. 4. N 6. 2019. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2019.v24n6/2065-2074/>. Acesso em: 23 mai. 2021.

## APÊNDICE A – RESOLUÇÃO CSDF Nº 529



### RESOLUÇÃO Nº 529, DE 14 DE JULHO DE 2020

A PRESIDENTE DO CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso das competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pela Lei 4.604, de 15 de julho de 2011, Lei Orgânica do Distrito Federal, Resolução nº 453 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 10 de maio de 2012 e Resolução nº 522 do Conselho de Saúde do Distrito Federal, de 09 de julho de 2019, publicada no DODF nº 79, em 25 de julho de 2019, e ainda,

Considerando a Recomendação CSDF Nº 02, de 21 de abril de 2020, acolhida por meio do Despacho Governador do Distrito Federal, Ibaneis Rocha, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal, em 26 de maio de 2020, no qual se compromete a continuar adotando com rigor as medidas de isolamento e distanciamento social, e assim proporcionar condições de uma resposta adequada do Sistema Único de Saúde do DF;

Considerando que o isolamento social ainda é a medida mais recomendada por especialistas para a prevenção e contenção da epidemia da COVID-19, porém os dados da CODEPLAN apontam que a adesão ao isolamento social apresentou queda significativa, tendo variado de 65%, na segunda quinzena de março, para 37,21% em meados de junho. Informações apresentadas no boletim no 11 da CODEPLAN, mostram uma escala logarítmica do número de casos acumulados no Distrito Federal, demonstrando as alterações da trajetória de expansão da epidemia, onde o número de casos vinha crescendo, apresentou uma desaceleração, em meados de maio, contudo uma nova tendência se apresentou, com aceleração do número de casos, sendo importante destacar que as mudanças no grau de isolamento social modificam esse cenário, com consequências sobre a taxa de expansão de casos;

Considerando o Relatório 3 da Secretaria de Estado de Saúde, referente à testagem para SARS COV-2 no DF, que aponta queda próxima a cinquenta por cento no número de testagens, acompanhada de um aumento da taxa de confirmação de exames positivos, de 9% para 27%, entre a sétima e décima semana de testes;

Considerando o relatório da Blavatnik School, da Universidade de Oxford, de junho de 2020, no Reino Unido, evidenciando que todos os processos de abertura realizados no Brasil foram precipitados e não condizentes com as normas ditadas pela OMS;

Considerando o estado de calamidade pública, em razão da pandemia, decretado no dia 29 de junho de 2020, pelo governador do Distrito Federal, e os preocupantes dados ascendentes de números de casos e de óbitos, evidenciando que ainda não há sinais de declínio na curva epidêmica;

Considerando a decisão da 1ª Vara de Fazenda Pública do DF, de 1º de julho de 2020, em virtude de divergências nos dados de ocupação dos leitos de UTI, definindo que sejam utilizados os dados do Complexo Regulador para evidenciar o número de leitos efetivamente disponíveis, além de um percentual elevado de ocupação desses leitos, tanto públicos quanto privados;

Considerando os dados do Ministério da Saúde, em 05 de julho de 2020, que colocam o Distrito Federal na terceira posição entre as unidades da federação tanto em número de novos casos diários quanto em número de casos por cem mil habitantes;

Considerando as atribuições conferidas à Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal pela Resolução CSDF nº 522, de 09 de julho de 2019, publicada no DODF nº 79, em 25 de julho de 2019, Art. 15, Inciso VI, que lhe possibilita decidir, ad referendum, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Pleno em reunião subsequente. Resolve ad referendum do Pleno do Conselho de Saúde do Distrito Federal - CSDF:

Art. 1º Manifestar oposição à liberação total de atividades no DF, anunciado em 02 de julho de 2020,

especialmente quanto à retomada das atividades escolares, até que ocorra o real declínio do patamar de casos e óbitos por COVID-19 no Distrito Federal.

Art. 2º Propor que a retomada das atividades ocorra de forma gradual e programada obedecendo à criteriosa observação da ausência dos seguintes fatores:

I - Curvas crescentes ou em platô em altos patamares de casos e óbitos;

II - Fator de reprodução (Rt) acima de 1;

III - Taxa de ocupação de leitos (enfermaria e/ou UTI) acima de 80% segundo o complexo regulador.

Art. 3º Estabelecer a imediata mudança no foco do manejo da pandemia, priorizando ações estratégicas de vigilância epidemiológica voltadas à busca ativa e precoce de casos, interrompendo precocemente a cadeia de transmissibilidade do vírus:

I - Assegurar número suficiente de leitos de enfermaria e UTI;

II - Priorizar a busca ativa de casos, nas suas fases iniciais, com bloqueio de contactantes, especialmente nas periferias;

III - Aumentar efetivamente o número de testes rápidos disponíveis, inclusive para pessoas assintomáticas, a serem amplamente realizados pela Atenção Primária;

IV - Propiciar condições adequadas aos profissionais de saúde em todos os espaços de atuação, com apoio de infraestrutura, de equipamentos, de insumos e quanto à saúde física e mental destes profissionais;

V - Intensificar a fiscalização do uso de máscaras e das demais regras condicionantes à retomada da atividade em questão;

VI - Adoção de medidas que priorizem a redução da circulação de veículos e de pessoas em espaços públicos, como forma de diminuir a contaminação pelo vírus, até que ocorra o comprovado declínio da curva epidêmica.

Art. 4º Esta Resolução entra em vigor na data de sua aprovação.

**JEOVÂNIA RODRIGUES SILVA**  
**Presidente do Conselho de Saúde do DF**

Homologa a Resolução CSDF nº 529, de 14 de julho de 2020, nos termos da Lei nº 4.604 de 15 de julho de 2011.

[Este texto não substitui o publicado no DODF nº 236 de 16/12/2020 p. 8, col. 1](#)



## APÊNDICE B – RECOMENDAÇÃO CSDF Nº 2



Publicação - SES/CS

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
Conselho de Saúde do Distrito Federal

### RECOMENDAÇÃO CSDF Nº 02, DE 21 DE ABRIL DE 2020.

A Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal, no uso das competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pela Lei 4.604, de 15 de julho de 2011, Lei Orgânica do Distrito Federal, Resolução nº 453 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 10 de maio de 2012 e Resolução nº 522 do Conselho de Saúde do Distrito Federal, de 09 de julho de 2019, publicada no DODF nº 79 em 25 de julho de 2019, e ainda,

Considerando que o Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF) é um órgão colegiado e legítimo de Participação Social em Saúde, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), formado paritariamente por usuários, profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviço do Sistema Único de Saúde e por meio desta recomendação vem a público manifestar seu posicionamento contrário ao relaxamento das medidas de isolamento e distanciamento sociais, em especial às atividades escolares, neste momento da Pandemia;

Considerando que é preciso reconhecer que o curso da atual pandemia do coronavírus (Covid-19) no Distrito Federal (DF) ainda não enfrentou o seu pico epidemiológico, de acordo com os dados da sala de situação da SES/DF apresentados à mesa diretora desse Conselho, no último dia 14 de abril, e esse relevante dado se deve, em grande parte, às importantes medidas adotadas pelo Governo do Distrito Federal, em tempo extremamente oportuno e a frente de outras unidades da federação, associadas às ações dos gestores da saúde, visando preparar o Sistema de Saúde do DF para o melhor enfrentamento possível da pandemia, a partir dos seus efeitos positivos no "achatamento da curva epidemiológica", proporcionando exatamente pelas medidas de isolamento e distanciamento sociais;

Considerando que o Brasil confirmou 40.581 casos e 2.575 mortes (Ministério da Saúde) e o Distrito Federal 875 casos e 24 mortes (SES/DF), até o dia 20 de abril, essa grave situação epidemiológica impõe-se como um desafio mundial, pela dinâmica extremamente rápida de evolução da doença para o óbito, especialmente pelo fato de não existir ainda vacina ou medicamento para seu enfrentamento, o que exige agilidade e esforço de cientistas, profissionais de saúde, gestores da saúde pública, e, sobretudo, de toda a população, pois toda vida é importante;

Considerando que as publicações científicas em torno do controle da pandemia e as melhores experiências em nível internacional - a exemplo da Alemanha, sexto país em número de casos e uma das menores taxas de letalidade do mundo - têm referendado como principal estratégia a adoção de medidas de distanciamento social. Essa medida associada à capacidade de atendimento do Sistema de Saúde e às testagens em massa, tem se mostrado bastante eficazes, especialmente somadas aos bons hábitos de higienização e ao uso de equipamentos de proteção individual. Tal conjunto de ações tem sido observado como as melhores práticas para superação desse momento de crise;

Considerando que, no Distrito Federal, os testes em massa para a população iniciaram-se apenas na data de hoje, os profissionais da área de saúde e das forças de segurança, considerados essenciais no plano de enfrentamento à COVID-19, tiveram seus testes iniciados há poucos dias, além do preocupante fato de que os Equipamentos de Proteção Individual para os servidores da saúde, em quantidade e qualidade necessárias, ainda são um forte e ameaçador entrave, inclusive em escala mundial, expondo profissionais a um alto risco de contaminação, e embora haja grande esforço por parte da gestão para superação desse grave problema ele ainda é real;

Considerando que as medidas adotadas até aqui, no Distrito Federal, permitiram que sássemos de uma situação mais crítica, quando deixamos o grupo dos cinco maiores coeficientes de incidência do país, contudo não nos permite subestimar o potencial devastador do vírus, pois observamos nas últimas semanas uma redução considerável do percentual de isolamento social de nossa população, de forma que saímos do exemplar patamar de 70% recomendado pela OMS, alcançado no dia 07 de abril, para percentuais que variam pouco acima dos 50% e cujos reflexos nos indicadores epidemiológicos só poderão ser observados nos próximos dias ou próximas semanas. Tal situação nos faz considerar prematura e extremamente preocupante a possibilidade de retomada das atividades de ensino, mesmo que em grupo restrito às escolas militares e cívico-militares;

Considerando que diante de tal cenário é dever institucional e papel fundamental do Conselho de Saúde do Distrito Federal alertar a sociedade, aos poderes constituídos, e em especial ao Governador do Distrito Federal, para a manutenção de estratégias pautadas nas recomendações da Organização Mundial da Saúde e experiências bem sucedidas de outros países que já se encontram em fase de declínio da epidemia, para que, assim, tenhamos sucesso no enfrentamento da COVID-19 no Distrito Federal, com o mínimo possível de óbitos e a máxima preservação das vidas;

Considerando as atribuições conferidas à Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal pela Resolução CSDF nº 522, de 09 de julho de 2019, publicada no DODF nº 79 em 25 de julho de 2019, Art. 15, Inciso VI, que lhe possibilita decidir, *ad referendum*, acerca de assuntos emergenciais, quando houver impossibilidade de consulta ao Plenário, submetendo o seu ato à deliberação do Pleno em reunião subsequente.

**Recomenda *ad referendum* do Pleno do Conselho de Saúde do Distrito Federal - CSDF:**

Art. 1º Que o Governador do Distrito Federal, Ibaneis Rocha, nesta importante data onde celebramos os 60 anos de Brasília, continue adotando com rigor as medidas de isolamento e distanciamento social, que foram exemplo para o país, e assim proporcione condições de uma resposta adequada do Sistema Único de Saúde do DF, preservando vidas da nossa população e protegendo nossos trabalhadores, pois juntos superaremos esta crise mundial.

Jeovánia Rodrigues Silva  
Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal



Documento assinado eletronicamente por JEOVANIA RODRIGUES SILVA - Matr.1436892-7, Presidente do Conselho de Saúde do Distrito Federal, em 22/04/2020, às 16:30, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0&verificador=39006599&codigo\\_CRC=11DC9EE0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=39006599&codigo_CRC=11DC9EE0).



**APÊNDICE C– DESPACHO DO GOVERNADOR**

---

**DESPACHO DO GOVERNADOR****Em 26 de maio de 2020**

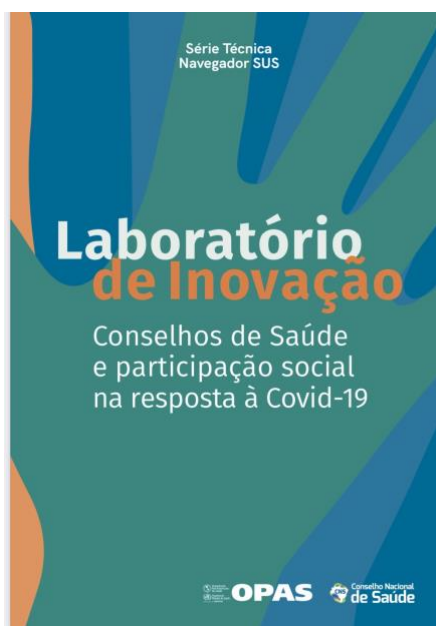
Processo SEI: 00060-00165724/2020-36. Interessados: CONSELHO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - CSDF. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Assunto: RECOMENDAÇÃO AD REFERENDUM CSDF Nº 02, DE 21 DE ABRIL DE 2020. COVID-19.

ACOLHO a Recomendação ad referendum CSDF Nº 02, de 21 de abril de 2020, do Conselho de Saúde do Distrito Federal - CSDF, fundamentada nos arts. 15, VI, e 62 da Resolução CSDF nº 522, de 09 de julho de 2019, para continuar adotando as medidas de isolamento e distanciamento social, a fim de proporcionar condições de uma resposta adequada do Sistema Único de Saúde do DF, preservando vidas da nossa população e protegendo nossos trabalhadores, pois juntos superaremos esta crise mundial.

**IBANEIS ROCHA**

[Este texto não substitui o publicado no DODF nº 83, Edição Extra de 26/05/2020 p. 7, col. 1](#)

**APÊNDICE D – SÉRIE TÉCNICA LABORATÓRIO DE INOVAÇÃO – CONSELHOS DE SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA RESPOSTA À COVID-19**



**APÊNDICE E - ENTREVISTA PARA O CANAL SAÚDE PROGRAMA BOLETIM CORONA: ATUAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE NA PANDEMIA, TRANSMITIDA EM 07 DE SETEMBRO DE 2020.**



## APÊNDICE F – 1º FÓRUM POPULAR DISTRITAL DE SAÚDE – ENFRENTANDO JUNTOS A PANDEMIA COVID-19 E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz  
Brasil

FIOCRUZ  
120  
ANOS  
INSTITUTO  
OSWALDO  
CRUZ

**1º FÓRUM POPULAR DISTRITAL DE SAÚDE:**

**enfrentando juntos a pandemia  
Covid-19 e suas consequências.**

O FÓRUM SERÁ REALIZADO ONLINE,  
POR MEIO DA PLATAFORMA TEAMS, E  
PARA PARTICIPAR, BASTA PREENCHER  
O FORMULÁRIO DISPONÍVEL EM  
[BIT.LY/FORUMPOPSAUDE](https://bit.ly/forumpopsaude)

Inscrições abertas até  
a próxima terça-feira,  
**8 de dezembro.**

- Encontro dia 09/12: MACRORREGIÃO NORTE/LESTE
- Encontro dia 11/12: MACRORREGIÃO OESTE/SUDOESTE
- Encontro dia 14/12: MACRORREGIÃO CENTRAL/CENTRO-SUL/SUL

CSDF  
PICAPS  
RADAR  
Tendências  
Cidade

TRANSMISSÃO PELO



## APÊNDICE G – RELATÓRIO FINAL DA AÇÃO CONJUNTA Covid-19



SEMINÁRIO

# Direito à saúde

Desafios no enfrentamento à covid-19

**24.09** 19h Abertura e entrega de relatório final da Ação Conjunta

**25.09** 9h Covid-19 no Mundo e no Brasil  
10h30 Covid-19 no DF  
14h Execuções Orçamentárias e Políticas Públicas  
16h Futuro pós covid-19

ao vivo pelo youtube  
**TV WEB CLDF**



## **APÊNDICE H –PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO SIMPLIFICADO COMO ORIENTAÇÃO SUGESTIVA AO CSDF PARA O ENFRENTAMENTO DE FUTURAS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS**



### **OBJETIVO:**

Fornecer diretrizes para atuação do Controle e Participação Social em resposta eficaz a futuras emergências sanitárias, minimizando o impacto ao SUS e em defesa do direito humano à vida e da saúde.

### **EIXOS ESTRATÉGICOS:**

1. Manutenção da Função Institucional do CSDF
2. Relação com Poder Executivo
3. Parcerias Interinstitucionais

#### **1. Manutenção da Função Institucional do CSDF**

##### **AÇÕES:**

- ⇒ Mobilização de Recursos para manutenção da atividade do CSDF:
  - Identificar os recursos necessários e críticos;
  - Formalizar à SES/DF os recursos necessários e críticos a serem assegurados;
  - Manter o funcionamento do CSDF com as adaptações necessárias.
  
- ⇒ Ativação de Comissão Especial Intersetorial de Emergência Sanitária - CEIES:
  - Notificada a emergência, o CSDF convocará imediatamente reunião para constituir a CEIES;
  - O plenário designará: o coordenador, os membros conselheiros e os membros intersetoriais, conforme pertinência que a emergência sanitária venha a requerer;
  - Promover agenda de diligências sentinelas, com preparação antecipada, para fiscalização e acompanhamento, com papéis e responsabilidades claras aos participantes;
  - Elaboração de Relatórios das Diligências e divulgação.
  
- ⇒ Tomada de Decisão Baseada em Evidências:
  - Basear a construção das deliberações em dados científicos e evidências epidemiológicas e manter-se flexível para ajustar as estratégias à medida que novas informações surjam.
  
- ⇒ Acompanhar na elaboração do plano de enfrentamento da SES/DF:
  - Monitoramento e Vigilância: sistemas de monitoramento, rastreamento e diagnóstico precoce;
  - Comunicação Eficaz: estratégias para informar o público sobre medidas de prevenção, restrições e atualizações de saúde, combatendo a desinformação por meio de fontes confiáveis e divulgação de informações precisas;
  - Recursos e Infraestrutura: garantir suprimentos, medicamentos, insumos, equipamentos de proteção individual e instalações de saúde adequados, além de estabelecer os locais da rede a serem referenciados;
  - Mobilização da Comunidade: envolver a comunidade na resposta, promovendo práticas de prevenção e oferecendo apoio emocional e incentivar a vigilância popular com agentes populares de saúde;
  - Apoio à Saúde Mental: suporte psicológico para profissionais de saúde e a população afetada;
  - Implementação de Medidas de Controle: isolamento, quarentena e vacinação, conforme apropriado à situação;
  - Monitorar o cumprimento das diretrizes do plano.

#### **2. Relação com Poder Executivo**

##### **AÇÕES:**

- ⇒ Participar do Grupo de Enfrentamento constituído no âmbito do Governo do Distrito Federal;
- ⇒ Deliberar, em caráter excepcional, diretamente ao GDF.

#### **3. Parcerias Interinstitucionais**

##### **AÇÕES:**

- ⇒ Estabelecer contato e articular-se com a rede de Conselhos Regionais de Saúde e Conselho Nacional de Saúde, com Organizações da Sociedade Civil, Poder Legislativo local e federal, Poder Judiciário, Órgãos de Controle Externo, outras autoridades locais, regionais e nacionais para alinhar esforços e recursos, potencializando a capacidade de Controle e Participação Social com visão democrática e participativa ampliados.

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA COVID-19 NO DF

**Pesquisador:** JEOVANIA RODRIGUES SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 73681223.7.0000.8027

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 6.303.427

**Apresentação do Projeto:**

O projeto submetido a plataforma traz o seguinte escopo: Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório com a finalidade de demonstrar a importância e o protagonismo das ações do Conselho de Saúde do Distrito Federal, enquanto instância participativa e deliberativa do Sistema Único de Saúde, no enfrentamento à pandemia COVID-19 no Distrito Federal. A metodologia utilizada será de pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória e de análise documental, tendo como marco temporal o início da pandemia e compreendendo os anos de 2020 e 2021, dos atos deliberativos do Conselho de Saúde do Distrito Federal (Resoluções, Recomendações e Moções) bem como das principais atividades interinstitucionais desenvolvidas, além dos atos administrativos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (Portarias, Decretos e afins), publicados no Diário Oficial do Distrito Federal, que estabeleçam o acolhimento e implementação das decisões daquele colegiado. Após a análise, serão descritas as principais ações promovidas pelo órgão colegiado e formulada recomendação ao Conselho de Saúde do Distrito Federal para o enfrentamento de futuras emergências sanitárias.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Demonstrar a importância e o protagonismo das ações do Conselho de Saúde do Distrito Federal, enquanto instância participativa e deliberativa do Sistema Único de Saúde, no enfrentamento à pandemia COVID-19 no Distrito Federal.

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.904-130  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 6.303.427

Objetivo Secundário: Identificar as principais pautas, estratégias e deliberações do Conselho de Saúde do Distrito Federal quanto à pandemia COVID-19, no período de 2020 e 2021; Identificar as principais Portarias, Decretos e afins, relativos à COVID-19, publicados pela SES/DF e pelo Governo do Distrito Federal que tenham incorporado deliberações do CSDF; Relacionar as principais atividades interinstitucionais desenvolvidas junto às organizações da sociedade civil e poderes públicos na defesa do direito humano à vida e à saúde, no contexto da pandemia COVID-19; Formular recomendação ao CSDF para o enfrentamento de futuras emergências sanitárias.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos foram analisados da seguinte forma: "Não há risco presumido na pesquisa proposta". Já os benefícios são apresentados, conforme a seguir: "Contribuir com a geração de conhecimento sobre controle e participação social, a partir da observação das principais atividades do Conselho de Saúde do Distrito Federal, incluindo ações intersetoriais, no enfrentamento à pandemia COVID-19".

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O presente projeto de pesquisa reflete coerência entre objetivos e metodologia e está bem elaborado. Apresenta elementos suficientes para a análise qualificada dos aspectos éticos a serem considerados. O proponente informa não ter riscos presumidos na proposta de pesquisa, mas sugiro descrever o risco mínimo e mitigá-lo. Os benefícios permitem verificar a viabilidade do projeto e perceber o potencial de contribuição dos resultados.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, descrita e exploratória, portanto não envolve seres humanos, meta-análises ou pesquisa bibliográfica, mas sim a utilização de dados disponíveis ao acesso público irrestrito, a proponente solicitou dispensa de TCLE, apresentando folha de rosto assinada pela Coordenadora Adjunta do Mestrado Profissional em Políticas Públicas em Saúde da EGF, ou seja, os termos de apresentação obrigatória encontram-se adequados para a correta análise dos aspectos éticos do projeto submetido.

**Recomendações:**

A presente pesquisa não envolve participantes e nem documentos de acesso restrito e sim de domínio e acesso público, e por este motivo é dispensada de apreciação ética pelo Sistema CEP/Conep, conforme Ofício Circular nº 17/2022/CONEP/SECNS/MS de Julho de 2022.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovar o presente protocolo.

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.904-130  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 6.303.427

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_2053724.pdf	10/08/2023 10:13:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Qualificacao.docx	10/08/2023 10:12:23	JEOVANIA RODRIGUES SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JustificativadispenaTCLE.docx	10/08/2023 10:09:55	JEOVANIA RODRIGUES SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaJeovania.pdf	10/08/2023 10:05:04	JEOVANIA RODRIGUES SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 15 de Setembro de 2023

---

**Assinado por:**  
**BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO - Bloco  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.904-130  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4607 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br