

A Gestão da Saúde na Capital do Brasil: 35 anos de história

The Management of Health in Brazil's Capital: 35 Years of History

João Luís Lima Albuquerque¹

ORCID: 0009-0007-9168-432X

Maria Célia Delduque¹

ORCID: 0000-0002-5945-1987

¹ Universidade de Brasília – UNB, Faculdade de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília, DF, Brasil.

Autor correspondente: João Luís Lima Albuquerque - Campus Universitário Darcy Ribeiro, Brasília-DF. CEP 70910-900. Email: joaollalbuquerque@gmail.com. Contato: (61) 3107-1753

RESUMO

Introdução: a gestão democrática da saúde no Distrito Federal é desafiada pela ausência de municípios e pela centralização administrativa. **Objetivo:** analisar a implementação da gestão democrática na saúde no Distrito Federal por meio dos Conselhos de Saúde. **Método:** pesquisa documental retrospectiva que examinou normativas federais e distritais desde 1990. **Resultados:** evidenciou-se a consolidação do Conselho de Saúde do Distrito Federal (CSDF). Os Conselhos Regionais de Saúde apresentam fragilidades, ausentes em 62% das Regiões Administrativas e deliberações homologadas pelo superintendente. A estruturação das Superintendências de Saúde, desvinculadas das Administrações Regionais, e a ausência de mecanismos vinculantes para a participação popular indicam centralização decisória no governo distrital, contrariando a descentralização e o controle social previstos no SUS. A criação de comitê gestor paralelo, sem articulação com os Conselhos, reforça essa centralização. **Conclusão:** é necessário fortalecer os Conselhos Regionais, alterando a resolução do CSDF para permitir a homologação das decisões dos CRS pelo SESDF.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde; Participação Social; Direito Sanitário; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: democratic health management in the Federal District is challenged by the absence of municipalities and administrative centralization. **Objective:** to analyze the implementation of democratic health management in the Federal District through the Health Councils. **Method:** retrospective documentary research examining federal and district regulations since 1990. **Results:** the consolidation of the Federal District Health Council (CSDF) was proved. Regional Health Councils show weaknesses, being absent in 62% of the Administrative Regions, with deliberations approved by the superintendent. The structuring of the Health Superintendencies, disconnected from the Regional Administrations, and the absence of binding mechanisms for public participation indicate centralized decision-making in the district government, contrary to the decentralization and social control principles established in the SUS. The creation of a parallel management committee, without coordination with the Councils, reinforces this centralization. **Conclusion:** it is necessary to strengthen the Regional Health Councils by amending the CSDF resolution to allow their decisions to be approved directly by the SESDF.

Keywords: Health Councils; Social Participation; Health Law; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A participação popular na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS foi consolidada pela Constituição Federal de 1988¹, que incorporou esse princípio na gestão pública, e regulamentada pela Lei nº 8.142/90². Segundo Santos (2019)³, essa legislação permaneceu não somente inalterada por mais de duas décadas, mas também sem qualquer proposição por parte do legislativo, executivo ou dos próprios Conselhos de Saúde - CS para modernizá-la junto ao Congresso Nacional.

Mesmo sem alterações legislativas, os estados e municípios brasileiros não conseguiram atingir plenamente o planejado pelos legisladores. Estudos mostram as limitações dos Conselhos em alcançar o ideal constitucional participativo e influenciar efetivamente a vida dos cidadãos e usuários do SUS⁴⁻⁸. Mas, de todo modo, os CS estão presentes nos municípios, nos estados e no Distrito Federal, este último com especificidades em relação aos demais entes subnacionais.

A estruturação do Distrito Federal - DF como entidade autônoma dentro da federação brasileira teve um desenvolvimento histórico singular, desde sua concepção inicial em 1810 até a instituição de Brasília, como Capital do DF e do Brasil, em 1960. Após a definição da transferência da Capital, três anos antes de sua inauguração, surgiram os primeiros questionamentos sobre o modelo de governança a ser adotado⁹. Em 1993, a Lei Orgânica do Distrito Federal-LODF¹⁰ consolidou a estrutura administrativa e promoveu o fortalecimento das instituições democráticas, instituindo a eleição direta para governador.

A complexidade da governança do DF reside na sua dupla natureza, atuando como estado e município simultaneamente, sem se enquadrar plenamente em nenhuma dessas categorias. Além disso, está fisicamente muito próximo à estrutura da União. Essa peculiaridade gera desafios, especialmente no que diz respeito à participação democrática, descentralização de serviços e articulação entre os diferentes níveis de governo. Esses fatos decorrem da ausência de municípios no território do Distrito Federal, regulamentada pelo art. 32 § 1º da Constituição Federal¹, que afirma:

O Distrito Federal, vedada sua divisão em Municípios, reger-se-á por lei orgânica, votada em dois turnos com interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços da Câmara Legislativa, que a promulgará, atendidos os princípios estabelecidos nesta Constituição.

§ 1º Ao Distrito Federal são atribuídas as competências legislativas reservadas aos Estados e Municípios¹.

Dessa forma, a estrutura de gestão no DF acumula a implementação de políticas de atenção básica à saúde e à educação nas secretarias do governo distrital. Isso contrasta com a

organização encontrada nos 26 estados brasileiros, em que os serviços são geridos por secretarias municipais, prefeituras e órgãos locais, como conselhos, comissões e assembleias municipais, independentes do governo estadual. Essa diferença reflete a peculiaridade do Distrito Federal, que, por não ter municípios, concentra a gestão dessas áreas de forma centralizada, tornando a participação popular e a descentralização no SUS mais desafiadoras¹¹.

A conformação híbrida do Distrito Federal acaba por confundir estudos e avaliações, posto que dão ao que é distrital o tratamento do que é tipicamente municipal, o que leva a erros na análise dos resultados. Em se tratando de análises sobre a atuação de conselhos de saúde, há tratamento confuso entre o que deve ser estadual, municipal e o que efetivamente é distrital⁶.

De modo geral, diversos órgãos e entidades públicas tratam igualmente o DF e Brasília, excluindo a existência das Regiões Administrativas - RA ou as categorizando como bairros. Organizações como o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, entre outros não específicos da saúde, como a Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos, que define os Códigos de Endereçamento Postal - CEP, seguem esses mesmos equívocos.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE também trata como estadual o que é distrital e municipal. Compilam, em um único município ‘Brasília’, os dados e indicadores de cada uma das Regiões Administrativas assim como apresentam as mesmas informações como pertencentes ao DF. Desse modo, os dados pertencentes à unidade federativa são os mesmos que os do município, e inexistem dados específicos para as RA. Estudos que buscaram utilizar esses dados adotaram como estratégia a somatória dos setores censitários para, de forma indireta, compilar os dados das RA extraoficialmente¹². Até mesmo a Companhia de Planejamento do Distrito Federal - CODEPLAN orienta tal prática para projeções populacionais¹³.

Como ao Distrito Federal é vedado constitucionalmente sua organização administrativa em municípios, surgiram as denominadas ‘cidades satélites’, aglomerados populacionais que, inicialmente, foram cidades-dormitório para os trabalhadores da nova Capital para, posteriormente, se transformarem em verdadeiras cidades com pujante comércio e atividade social. Assim é que as cidades-satélites passaram a ser consideradas Regiões Administrativas, com seu administrador nomeado diretamente pelo Governador do Distrito Federal, população residente e estrutura de cidades independentes do núcleo central.

Maniçoba (2020)¹⁴ relatou que, entre 1956 e 1960, seis cidades-satélites haviam sido fundadas nos arredores de Brasília. Duas delas, Taguatinga e Cruzeiro (atual Cruzeiro Velho), já

estavam desde o princípio destinadas a permanecer mesmo após a finalização da construção de Brasília. As outras quatro, Núcleo Bandeirante (initialmente chamada Cidade Livre), Candangolândia, Fercal e São Sebastião, foram concebidas como locais provisórios para apoio às obras, mas acabaram contrariando seu planejamento inicial e permanecendo definitivamente.

Em 1964, com o objetivo de “descentralização e coordenação dos serviços de natureza local”, a Lei Federal nº 4.545/64¹⁵ determinou a divisão oficial do DF em Regiões Administrativas e o decreto distrital 456/65¹⁶ regulamentou as primeiras oito RA do DF nominadas na normativa por: ‘Brasília’, ‘Gama’, ‘Taguatinga’, ‘Brazlândia’, ‘Sobradinho’, ‘Planaltina’, ‘Paranoá’ e ‘Jardim’. No ano em curso, 2025, conta com 37 RA, que em diversos momentos ocupam, de forma prática e simbólica, a posição de município.

Localizada no centro do território do Distrito Federal está a cidade de Brasília, planejada pelo urbanista Lúcio Costa e pelo arquiteto Oscar Niemeyer e definida no Relatório do Plano Piloto de Brasília¹⁷. Ao ser instituída como Capital Federal, foi estabelecida como a primeira das oito Regiões Administrativas do DF. Inicialmente, manteve o nome Brasília e englobava, além do Plano Piloto, localidades como o Cruzeiro, Vila Planalto, Lago Norte e Sul, Guará, Núcleo Bandeirante e Candangolândia.

Em 1994, a RA passou a ser denominada ‘Plano Piloto’¹⁸ e até 2025 as localidades anexas a ela, com exceção da Vila Planalto, passaram a ser RA independentes¹⁹⁻²², como se observa na Figura 1.

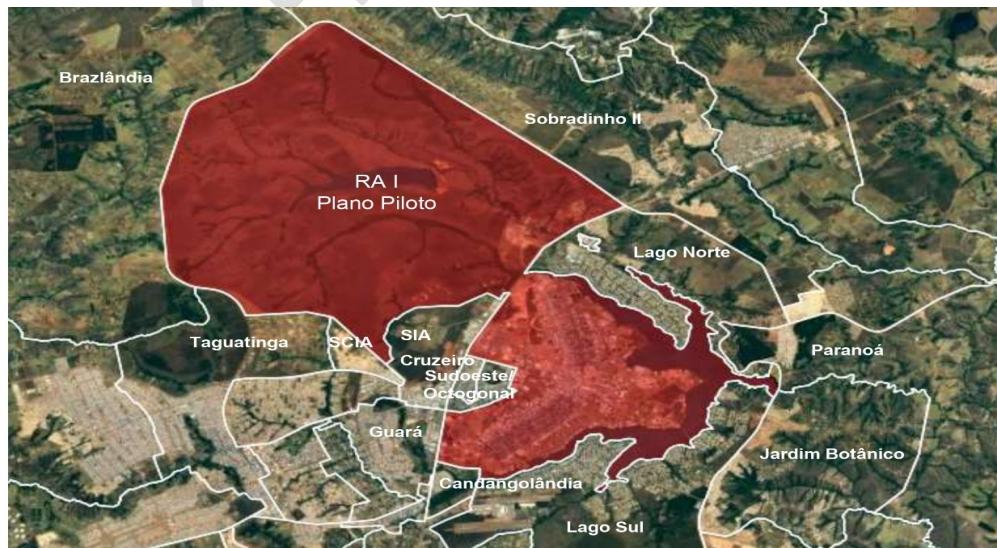


Figura 1- Região Administrativa I - Plano Piloto.

Siglas: Região Administrativa – RA; Setor de Industria e Abastecimento – SAI; Setor Complementar de Industria e abastecimento – SCIA. **Legenda:** A configuração da Região Administrativa I – Plano

Piloto reflete o desmembramento territorial do que foi originalmente planejado no Relatório do Plano Piloto de Lúcio Costa para a nova capital. Inicialmente, a área abrangia localidades que posteriormente foram instituídas como Regiões Administrativas independentes. **Fonte:** Companhia de Planejamento do Distrito Federal. (<https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Estudo-Urbano-Ambiental-Plano-Piloto.pdf>)

A gestão participativa da saúde no DF está organizada a partir de dois conselhos nominalmente diferentes das demais unidades federadas: o Conselho de Saúde do Distrito Federal-CSDF, vinculado ao Distrito Federal e com suas decisões homologadas pelo Secretário de Saúde; e os Conselhos Regionais de Saúde- CRS, vinculados às 37 RAs, mas com suas decisões homologadas pelo Superintendente respectivo de uma das sete Regiões de Saúde do DF. Essas duas estruturas governamentais estão subordinadas diretamente ao Governo do Distrito Federal¹⁰, mas possuem atribuições e competências concorrentes e distintas, como se observa no Quadro 1.

Quadro 1 - Comparativo – Conselho de Saúde do Distrito Federal x Conselhos Regionais de Saúde.

	Conselho de Saúde do DF (CSDF)	Conselhos Regionais de Saúde (CRS)
Definição	Órgão colegiado deliberativo de caráter permanente. Atua no nível distrital na formulação e fiscalização das políticas de saúde.	Órgãos colegiados deliberativos regionais, responsáveis pela fiscalização e participação social na gestão da saúde nas Regiões Administrativas.
Fundamentação Legal	Lei Orgânica do DF (art. 215, III, §2º) e Lei Distrital 4.604/2011	Lei Orgânica do DF (art. 215, III, §3º) e Resolução CSDF 390/2012.
Composição	32 conselheiros titulares e 32 suplentes, respeitando a paridade entre usuários, trabalhadores e gestores.	Composição paritária entre usuários (50%), trabalhadores da saúde (25%) e gestores públicos (25%), com total inferior ao número de conselheiros do CSDF.
Competências Principais	Definir diretrizes gerais da política de saúde do DF. Controlar a execução da política de saúde distrital. Aprovar planos e relatórios de gestão. Acompanhar a execução financeira dos recursos da saúde. Convocar e coordenar as conferências de saúde.	Monitorar e fiscalizar a implementação da política de saúde em cada Região Administrativa. Propor estratégias regionais. Acompanhar a gestão orçamentária da saúde em sua região. Receber e encaminhar denúncias sobre a execução das políticas de saúde. Promover educação para o controle social.
Tomada de Decisão	Suas decisões são homologadas pelo Secretário de Saúde do DF e publicadas no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF).	Suas decisões são homologadas pelo Coordenador da Regional de Saúde ou pelo Secretário de Saúde do DF.
Reuniões e Funcionamento	Reuniões ordinárias mensais e extraordinárias conforme necessidade. Decisões requerem quórum mínimo de metade mais um dos integrantes.	Reuniões ordinárias mensais e extraordinárias quando necessário. Devem contar com estrutura física e administrativa garantida pela Coordenação Regional de Saúde.

Fonte: composição própria com base na Lei Orgânica do Distrito Federal, Lei Distrital 4.604/2011 e Resolução CSDF 390/2012. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/71745/Resolu_o_390_22_05_2012.html.

Só para se ter uma ideia da complexidade da questão da participação social no Distrito Federal, ao consultar o Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde - SIACS (<http://aplicacao.saude.gov.br/siacs/login.jsf>), do Ministério da Saúde, parametrizado para filtrar informações pertencentes aos conselhos estaduais e municipais de saúde, no campo de seleção dos estados encontra-se a opção de selecionar o DF, já no campo de seleção de municípios surgem 65 opções (Regiões Administrativas e alguns bairros da Capital Federal).

Quando relacionada apenas à Região Administrativa nº 1 do DF - Região Administrativa do Plano Piloto há nove apresentações diferentes da RA, e possivelmente associáveis a ela no sistema do Ministério da Saúde: ‘Região Administrativa da Asa Norte’, ‘Região Administrativa da Asa Sul’, ‘Asa Norte’ (duas vezes), ‘Asa Sul’ (duas vezes), ‘Brasília’, ‘Região Administrativa do Plano Piloto’ e ‘Plano Piloto’. Contudo, o único Conselho existente é o ‘Conselho Regional de Saúde de Brasília’ que, apesar do nome, representa apenas o território da RA Plano Piloto. Ademais, no sistema, as informações sobre esse Conselho (como criação, regimento interno e contatos) estão disponíveis exclusivamente ao selecionar a denominação ‘Asa Norte’, como município.

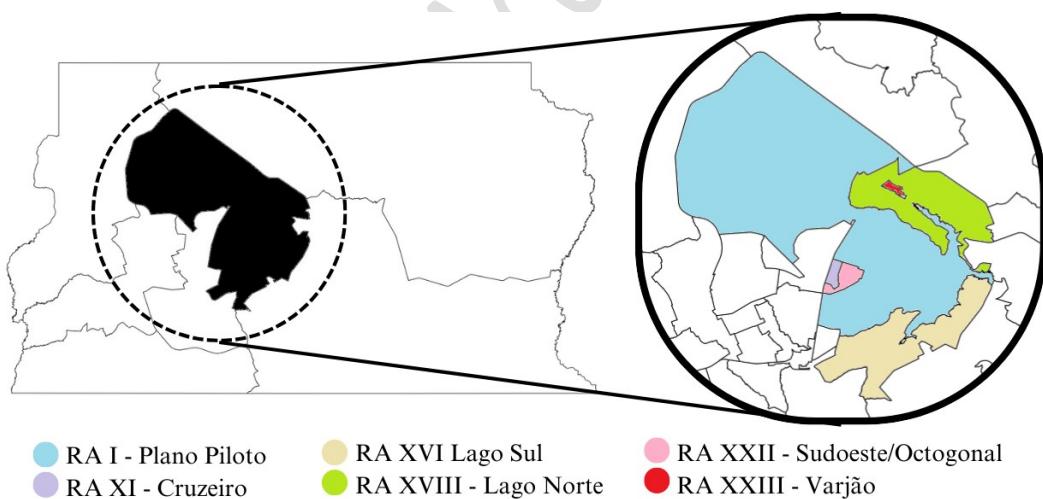


Figura 2 - Regiões de Saúde do DF e as Regiões Administrativas da Região Central de Saúde.

Sigla: Região Administrativa – RA ; **Fonte:** InfoDF, adaptado (<https://info.saude.df.gov.br/estabelecimentos-de-saude-sesdf/>).

Legenda: A divisão das Regiões de Saúde do Distrito Federal, sobreposta às Regiões Administrativas, demonstra a ausência de correspondência direta entre a organização político-administrativa do território e a estrutura de gestão da saúde. Os Conselhos Regionais de Saúde estão vinculados às Regiões Administrativas, enquanto a gestão dos serviços de saúde é centralizada nas Superintendências das Regiões de Saúde, que possuem abrangência distinta. Essa sobreposição estrutural impacta a articulação entre os Conselhos Regionais e as instâncias gestoras, condicionando sua atuação à hierarquia da Secretaria de Saúde do DF.

O Conselho Regional de Brasília, por ser o único na região central de saúde do DF, decide sobre todas as ações de saúde das RA presentes na Figura 2, uma vez que o Cruzeiro se encontra com mandato vencido desde 2020 e o Lago Sul, Lago Norte, Setor Sudoeste/Octogonal e Varjão não possuem Conselhos Regionais de Saúde. A estrutura atual sugere que as Regiões Administrativas, que na prática ocupam papel semelhante ao dos municípios em relação aos estados, enfrentam duas possibilidades quanto à participação na gestão da saúde no DF: a primeira é a ausência total de representação, tanto política quanto técnica e social, no âmbito dos conselhos de saúde; a segunda é a representatividade indireta, por meio da articulação com conselheiros dos CRS existentes, que acumulam a responsabilidade por mais de uma RA. Esse cenário parece persistir apesar de mais de três décadas de regulamentação federal e distrital sobre a gestão participativa no SUS e da descentralização político-administrativa no setor da saúde.

A existência dos conselhos de saúde está diretamente associada às condicionantes das normativas federais para repasses de verbas^{2,23-25}, aprovação, implementação e rateio de recursos federais, estaduais edistrital²⁶, e da transferência dos saldos dos fundos de saúde estaduais, distrital e municipais para os governos locais²⁷. Estando passíveis inclusive de suspensão de transferência dos recursos da União na sua ausência²⁸.

Reforça-se que, embora presentes em normativas, as condicionantes destinadas a garantir a participação popular na gestão do SUS estão diretamente vinculadas à existência de Conselhos de Saúde, que, por sua vez, estão atrelados aos entes federados: estados, municípios e o Distrito Federal, mas essas normativas federais sobre a participação não fazem qualquer referência específica às ‘Regiões Administrativas’, Conselhos Regionais de Saúde ou estrutura equivalente.

Permitindo a inferência de que, para a União, a gestão participativa regional no DF é facultativa, sendo suficiente a atuação do CSDF na articulação interfederativa. No entanto, para o Distrito Federal, a regulamentação estabelece a obrigatoriedade da gestão participativa em nível regional, sem a previsão de penalidades vinculativas para sua não implementação. A ausência de sanções reforça a manutenção desse modelo, no qual a articulação entre DF e União tem ocorrido sem a exigência de conselhos regionais plenamente estruturados.

Pelo exposto é que a presente pesquisa objetiva examinar a forma como a gestão democrática da saúde está estruturada no Distrito Federal, com especial atenção para a participação popular e o funcionamento dos Conselhos de Saúde.

Assim é que se indaga: quais são os arranjos jurídico-legislativos e jurídico-não legislativos do arcabouço que possibilitam a consolidação da gestão distrital e, especialmente, da participação popular na gestão do SUS, no contexto do Distrito Federal?

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa documental e retrospectiva, descritiva e exploratória, cuja unidade de análise foi as diretrizes legais, infralegais e jurídicas sobre a participação popular na gestão em saúde do SUS no Distrito Federal.

A pesquisa documental retrospectiva possibilita o conhecimento histórico sobre determinado assunto e as modificações que ocorreram em seu tempo, utiliza-se de dados já existentes, partindo do período atual de pesquisa e definindo uma data anterior a ele como período de análise²⁹⁻³⁰.

Para o levantamento de dados normativos, foi utilizado o Sistema Integrado de Normas Jurídicas do Distrito Federal-SINJ (<https://www.sinj.df.gov.br/sinj/>), de acesso livre e público. Para a consulta à base legal federal, foi utilizado o sítio da Presidência da República (www.planalto.gov.br).

Nas ferramentas de busca, foram utilizadas as palavras-chave: ‘Conselho de Saúde’, ‘Conselho Regional de Saúde’ e ‘Conselho Distrital de Saúde’ e incluídas normativas a partir da publicação da principal lei sobre os conselhos de saúde- Lei 8.142/90², em 1990 a janeiro de 2025, sem habilitar os filtros adicionais. Foram excluídas as normativas revogadas ou que não apresentavam conteúdo relacionado diretamente aos conselhos de saúde.

Foram utilizados dados disponibilizados no endereço eletrônico da Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal destinada a informações sobre o Conselho de Saúde do Distrito Federal (<https://www.saude.df.gov.br/conselho-de-saude-do-districto-federal>) e no Portal de Informações e Transparência da Saúde do Distrito Federal – InfoSaúdeDF (<https://info.saude.df.gov.br/controle-social-na-saude/conselhos-de-saude>).

Para a obtenção de demais dados públicos, porém não publicizados, do Conselho de Saúde do Distrito Federal e Conselhos Regionais de Saúde, foi realizada solicitação por e-mail, contato telefônico, conforme orientação da secretaria do CSDF, mensagem por aplicativo, além de obtenção presencial na sede do CSDF e por fim solicitação via Lei de Acesso à Informação (Protocolo LAI-007109/2024), direcionada à Secretaria de Estado e Saúde do Distrito Federal.

Em relação aos CRS, as informações foram requisitadas por e-mail e, em alguns casos, a comunicação ocorreu por mensagem em aplicativo e por participação presencial em reuniões ordinárias. Os achados foram compilados em planilha e gráficos para organização e análise dos resultados.

Para realização desta pesquisa, foram utilizados somente dados de domínio público, não envolvendo a participação de instituições externas e pesquisa envolvendo seres humanos. Portanto, não houve a necessidade de submissão à Plataforma Brasil, para a apreciação ética pelo Sistema CEP/Conep. Apesar disso, buscou-se atender, durante todo o desenvolvimento do estudo, as orientações / recomendações dispostas nas Resoluções CNS nº 466/2012, nº 510/2016, nº 580/2018 e todas as demais complementares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa realizada no portal do SINJ retornou 48 normas que citaram os Conselhos de Saúde do DF, desse universo, foram selecionadas oito normativas, posto que possuem caráter estruturante para a implementação da participação popular na saúde do DF, conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Principais normativas de implementação dos Conselhos de Saúde do Distrito Federal, publicadas entre 1990 e 2025.

Norma	Ementa	Dispositivos relevantes
Lei Orgânica do Distrito Federal – LODF, de 8 de junho de 1993		<p>§ 2º O Conselho de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado com representação do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuará na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e terá suas decisões homologadas pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal.</p> <p>§ 3º Os Conselhos Regionais de Saúde, de caráter permanente e deliberativo, órgãos colegiados, com representação do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuarão na formulação, execução, controle e fiscalização da política de saúde, em cada Região Administrativa, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e terão suas decisões homologadas pelo Diretor Regional de Saúde.</p>
Lei nº 1.837, de 14 de janeiro de 1998	Dispõe sobre a criação das Direções Regionais de Saúde no Distrito Federal, dos Departamentos de Saúde do Trabalhador e de Comunicação em Saúde e da Subsecretaria de Projetos Especiais de Saúde, a criação e a extinção de cargos em comissão nos quadros de pessoal da	<p>Art. 10 Ficam criados na estrutura da Secretaria de Saúde do Distrito Federal os seguintes órgãos:</p> <p>a) [...];</p> <p>b) [...];</p> <p>I – [...];</p> <p>II - Secretaria Executiva do Conselho de Saúde, órgão de assessoramento do Secretário de Saúde;</p> <p>§ 2º São atribuições da Secretaria Executiva do Conselho de Saúde,</p>

	Fundação Hospitalar do Distrito Federal e do Distrito Federal.	coordenar as ações e prover o Conselho de Saúde do Distrito Federal dos meios necessários ao seu funcionamento e ao cumprimento das suas atribuições.
Lei Comp. nº 11, de 12 de julho de 1996	Cria o Fundo de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.	<p>Art. 3º O Fundo de Saúde do Distrito Federal é supervisionado diretamente pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.</p> <p>Art. 4º A gestão e a administração dos recursos do Fundo de Saúde cabem ao Conselho de Administração e à Diretoria Executiva.</p> <p>§ 1º - A Diretoria Executiva será dirigida pelo Diretor Executivo, designado pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal, ouvido o Conselho de Saúde do Distrito Federal.</p> <p>Art. 6º Compete ao Conselho de Administração:</p> <p>I – [...];</p> <p>II - aprovar a programação financeira do fundo, em consonância com as diretrizes do Conselho de Saúde do Distrito Federal.</p> <p>Art. 7º Compete ao Diretor Executivo:</p> <p>I – [...];</p> <p>II – [...];</p> <p>III - movimentar as contas do fundo, observadas as diretrizes emanadas do Conselho de Saúde e as normas operacionais vigentes;</p> <p>IV – [...];</p> <p>V - fornecer às autoridades do Sistema Único de Saúde, ao Conselho de Saúde do Distrito Federal e aos Conselhos Regionais os elementos e as informações que lhe forem requeridos;</p> <p>VI - apresentar, com a periodicidade definida pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal, relatórios sobre a execução orçamentaria do fundo;</p> <p>Art. 10 O Regimento Interno do Fundo de Saúde do Distrito Federal será elaborado pelo Conselho de Administração, submetido à aprovação do Conselho de Saúde do Distrito Federal e homologado pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal.</p>
Decreto nº 34.571, de 11 de julho de 2013	Aprova o Regimento do Fundo de Saúde, órgão vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências.	<p>Art. 3º O Conselho de Administração, unidade orgânica de direção, diretamente subordinada ao Fundo de Saúde, compete:</p> <p>I – [...];</p> <p>II - aprovar a programação financeira do Fundo, em consonância com as diretrizes do Conselho de Saúde do Distrito Federal.</p> <p>Art. 4º À Diretoria Executiva, unidade orgânica de direção diretamente subordinada ao Fundo de Saúde compete:</p> <p>§ 1º A Diretoria Executiva será dirigida pelo Diretor Executivo, designado pelo Secretário de Saúde do Distrito Federal, ouvido o Conselho de Saúde do Distrito Federal.</p> <p>Art. 14 O Conselho de Administração do Fundo de Saúde do Distrito Federal, colegiado deliberativo, é constituído pelos seguintes membros:</p> <p>I – [...];</p> <p>II - três representantes do Conselho de Saúde do Distrito Federal,</p>

		<p>dois dos quais representantes dos usuários e um dos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal;</p> <p>Art. 15 A duração do mandato dos conselheiros será de dois (2) anos, podendo ser reconduzido para mandato de igual período.</p> <p>§ 1º O mandato dos representantes do Conselho de Saúde do Distrito Federal fica condicionado à sua permanência como membro daquele Conselho.</p> <p>Art. 25 O Fundo de Saúde é supervisionado diretamente pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.</p>
Decreto nº 36.671, de 23 de abril de 2015	Institui grupo de trabalho para realizar estudos e projetos, com vistas à descentralização da gestão da saúde.	<p>Art. 1º Fica criado grupo de trabalho, o qual será presidido pelo Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal e composto pelos seguintes membros:</p> <p>I - Representante do Conselho de Saúde do Distrito Federal;</p>
Decreto nº 39.674, de 19 de fevereiro de 2019	Regulamenta o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal – IGESDF, e dá outras providências.	<p>Art. 3º O Conselho de Administração do IGESDF terá a seguinte constituição:</p> <p>a) [...];</p> <p>b) um representante do Conselho de Saúde do Distrito Federal;</p> <p>Art. 7º O IGESDF contará com Conselho Fiscal composto por três membros titulares e seus suplentes, indicados pelo Governador do Distrito Federal, sendo:</p> <p>I – [...];</p> <p>II – [...];</p> <p>III - um representante indicado em lista tríplice pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.</p>
Decreto nº 40.395, de 16 de janeiro de 2020	Homologa o Estatuto do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF.	<p>Art. 7º O Conselho de Administração tem a seguinte composição:</p> <p>a) [...];</p> <p>b) um representante do Conselho de Saúde do Distrito Federal;</p> <p>Art. 40 O Conselho Fiscal do IGESDF tem a seguinte composição:</p> <p>I – [...];</p> <p>II – [...];</p> <p>III - um representante, indicado pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.</p> <p>§ 3º O membro do Conselho Fiscal de que trata o inciso III será indicado em lista tríplice pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal, sendo escolhidos e designados pelo Governador do Distrito Federal o titular e o suplente.</p>
Decreto nº 45.482, de 09 de fevereiro de 2024	Homologa o Estatuto do Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF.	<p>Art. 7º O Conselho de Administração tem a seguinte composição:</p> <p>a) [...];</p> <p>b) um representante do Conselho de Saúde do Distrito Federal;</p> <p>Art. 24 Compete à Diretoria Executiva:</p> <p>I – [...];</p> <p>II – [...];</p>

		<p>III – [...];</p> <p>VI - encaminhar à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, à Controladoria-Geral do Distrito Federal, ao Conselho de Saúde do Distrito Federal, ao Tribunal de Contas do Distrito Federal e à Câmara Legislativa do Distrito Federal relatório circunstanciado sobre a execução dos planos no exercício findo, nele incluídas a prestação de contas dos recursos públicos aplicados e a avaliação de cada contrato de gestão acompanhada das análises gerenciais cabíveis;</p>
--	--	---

Sigla: Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal – IGESDF.

Fonte: composição do autor com base nos achados legislativos pesquisados.

A principal normativa de regulamentação dos conselhos é a LODF¹⁰ que, em sua primeira versão, em 1993, instituiu os conselhos de saúde no DF, os quais, embora sejam submetidos à mesma autoridade sanitária, a Secretaria de Saúde, têm, desde sua origem, suas decisões homologadas por diferentes níveis hierárquicos.

Em 2018, houve uma atualização restrita à nomenclatura referente às homologações dos Conselhos Regionais, pelo Decreto 39.546/18³¹, adequando a vinculação ao Superintendente da Região de Saúde. Essa mudança formalizou terminologias já existentes, antes denominadas 'Direções de Saúde', sem alterações nas atribuições ou responsabilidades dessas instâncias da SESDF. Essa alteração, no entanto, não mudou o dispositivo na LODF¹⁰, que até sua última atualização no sistema da CLDF, em agosto de 2022, mantém a terminologia original vinculada ao Diretor de Regional de Saúde.

Visto que o segmento dos usuários é composto por entidades representativas da sociedade na saúde e os segmentos de gestores e o de profissionais e prestadores de serviço estão vinculados diretamente às superintendências das regiões de saúde, infere-se da legislação que ao administrador regional é atribuído apenas o papel simbólico na gestão dos serviços de saúde e o direito de ouvinte nos CRS de sua própria RA. Esse, que por lei federal¹⁵ é o responsável pela articulação dos serviços locais no DF, além de obrigatoriamente ser morador, e por assim dizer, usuário e gestor das políticas públicas de sua RA.

De acordo com o organograma da SESDF e das Superintendências de Saúde, fundamentados pelos Decretos nº 39.546/18 e nº 37.515/16³¹⁻³², as responsabilidades de gestão dos serviços de saúde da RA são centralizadas nas Superintendências e estas estão subordinadas à Secretaria de Saúde. Ambas são independentes da Administração Regional, mas tanto a

nomeação do secretário de saúde, como as dos superintendentes e administradores regionais, são atribuições diretas do Governador do DF^{10,31}.

Esses mesmos organogramas apresentam os conselhos de saúde como parte integrante da gestão da saúde pública, porém, graficamente, são apresentados como independentes da estrutura administrativa da SESDF, mas hierarquicamente o CSDF é apresentado ao lado da SESDF e os conselhos regionais ao lado das superintendências. Dando a entender que existe uma inferiorização dos conselhos regionais em relação ao CSDF.

Arretche (2012)³³ argumenta que o atual arranjo federativo brasileiro, ao descentralizar a gestão político-administrativa, atribuiu aos entes federados independência, mas com responsabilidades específicas, comuns e individuais, especialmente voltadas à implementação e manutenção de políticas públicas, definindo os escopos de atuação de estados e municípios.

Na área da saúde, observando os princípios de descentralização e hierarquização²³, os estados concentram-se na média e alta complexidade, abrangendo serviços hospitalares e ambulatoriais, enquanto os municípios se dedicam à baixa complexidade, como Atenção Primária em Saúde - APS, Unidades de Pronto Atendimento - UPA e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU. Essa hierarquização se estende para definição dos limites de competência decisória dos Conselhos de Saúde no Brasil. No caso do DF, todos esses serviços são geridos diretamente pelas Superintendências Regionais de Saúde da SESDF³².

Ao seguir as competências estabelecidas pela SESDF, ao CSDF é atribuída a responsabilidade direta sobre três dos 16 hospitais do DF (Hospital de Apoio, Hospital São Vicente de Paula e Hospital Materno Infantil) e do Complexo Regulador em Saúde do DF. No entanto, como também está hierarquicamente acima das superintendências, o alcance de decisão pode ser estendido para toda a rede de saúde do DF³¹.

Já os CRS possuem gestão direta, não apenas dos serviços de baixa complexidade de suas respectivas RA, mas também de serviços hospitalares e ambulatoriais. Contudo, essa segunda atribuição não se apresenta de forma clara ao examinar exclusivamente o organograma, o regimento interno da SESDF e as normativas de implementação. Embora os Hospitais Regionais estejam situados em RA específicas, seus usuários abrangem toda a região de saúde, e sua gestão, assim como a da APS, está centralizada na superintendência. Não há atribuições direcionadas às Administrações Regionais, seja na gestão político-administrativa da saúde, seja na gestão participativa, por meio dos Conselhos de Saúde do DF, além disso, não há obrigatoriedade de interlocução entre as superintendências e as Regiões Administrativas, únicas

instâncias reconhecidas pela legislação federal, seja na normativa que criou as Administrações Regionais, são eles os decretos distritais: 38.094/2017³⁴ e 39.898/2019³⁵, ambos vigentes no ano de 2025, seja no Decreto Distrital 37.515/16³², que instituiu e definiu competências as Superintendências de Saúde. Sobre esse aspecto, cabe destacar que as palavras ‘saúde’ e ‘participação’ sequer são citadas nos decretos que atualmente regulamentam e definem as competências das Administrações Regionais.

Em contrapartida, as superintendências, criadas exclusivamente por normativas distritais, concentram a administração político-administrativa da saúde, a articulação da participação social e o gerenciamento dos recursos financeiros, assumindo funções que, em outros entes federativos, caberiam aos municípios. Esse arranjo equivale a um estado que, por meio de decreto, instituisse uma estrutura intermediária sem previsão constitucional para gerir a saúde municipal e coordenar seus fundos, sem qualquer autonomia local.

Ao se tomar como exemplo a Região Leste de Saúde do DF, composta por quatro RA, observa-se que as UBS estão vinculadas diretamente à população de cada RA, mas sua gestão é realizada pela Superintendência. As UPA localizadas no Paranoá e São Sebastião também atendem a essa região de saúde, contudo, são geridas pelo Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal - IGESDF³⁶. Além disso, existem duas policlínicas nessas mesmas RA e o Hospital Regional da Região Leste, situado na RA Paranoá, ambos sob a gestão da Superintendência da Região Leste. Dentre as quatro, a RA Jardim Botânico é a única que não possui CRS, o que gera dúvidas sobre qual dos três conselhos regionais da Região Leste é responsável pelos estabelecimentos de saúde dessa RA, bem como, se somente um desses conselhos tem a responsabilidade sobre o hospital e as policlínicas que atendem toda a região.

A Resolução do CSDF nº 390, de março de 2012³⁷, que define as diretrizes de organização e funcionamento dos CRS, também não é clara ao apresentar as principais competências dos CRS. Utiliza o termo ‘regional’ para territorialização e não cita diretamente as regiões administrativas ou regiões de saúde, mas coloca como ponto de partida os princípios de hierarquização e descentralização do SUS.

Essas competências, relacionadas à gestão da saúde pública, são definidas por dois decretos. O primeiro, Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015³⁸ regulamenta a atual estrutura administrativa e centraliza a macrogestão do SUS distrital na SESDF que, desde 14 de janeiro de 1998, já conta com a Secretaria Executiva do Conselho de Saúde, instituída pela Lei Distrital nº 1.837³⁹. Essa secretaria é responsável por coordenar as ações e prover os meios

necessários para o funcionamento exclusivamente do CSDF. Além disso, o decreto incorporou o CSDF à estrutura de gestão da saúde pública do DF, localizado ao lado do gabinete do Secretário de Saúde, conforme o organograma disponível no site da SES-DF, com fundamento nos Decretos nº 39.527/2018⁴⁰ (Estrutura Organizacional da SES-DF) e nº 39.546/2018³¹ (Regimento Interno da SES-DF), incluindo suas alterações até setembro de 2023.

O segundo, relacionado à gestão local, o Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018³¹, aprovou o regimento interno da SESDF e apresenta a estrutura político administrativa das superintendências, centraliza a gestão da saúde nas superintendências, mas pulveriza a coordenação das ações de participação social, definindo que:

Art. 261. Às Superintendências das Regiões de Saúde - SRS, unidades orgânicas de comando e supervisão, diretamente subordinadas ao Secretário de Saúde, compete:

I - gerir as políticas e ações de saúde em todos os níveis de atenção, em sua área de abrangência, em consonância com diretrizes ministeriais e da Secretaria, o Plano de Governo e os instrumentos de planejamento e orçamento em Saúde;

II - gerir as Redes de Atenção na Região de Saúde, tendo como eixo ordenador a Atenção Primária à Saúde;

III - fortalecer a governança do Sistema Único de Saúde na Região;

IV - implementar as ações definidas na regionalização da saúde, de acordo com as diretrizes do Colegiado de Gestão da Saúde no Distrito Federal;

V - [...];

VI - [...];

VII - [...];

VIII - coordenar as atividades de gestão administrativa necessárias ao funcionamento da Rede de Serviços de Saúde da Região;

IX - gerir os recursos financeiros sob sua responsabilidade;

X - promover e coordenar as ações intersetoriais e de controle social na área de abrangência, em parceria com os Conselhos Regionais de Saúde vinculados, Administrações Regionais e outras entidades³².

No entanto, essa mesma normativa apresenta a mesma competência, relacionada à coordenação do controle social a um hospital referência em atendimento materno infantil:

Art. 353. Ao Hospital Materno Infantil de Brasília - HMIB, unidade orgânica de direção, diretamente subordinada ao Secretário de Saúde, compete:

I - [...];

II - [...];

III - [...];

IV - [...];

V – [...];

VI – [...];

VII – [...];

VIII – [...]

IX – promover e coordenar as ações intersetoriais e de controle social na área de abrangência, em parceria com os Conselhos Regionais de Saúde vinculados, Administrações Regionais e outras entidades³².

Verifica-se, portanto, que a redação referente à promoção e coordenação das ações intersetoriais e de controle social se repete no artigo 405 do Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018³¹, atribuindo essa competência ao Hospital de Apoio de Brasília. Da mesma forma, no caso do Hospital São Vicente de Paula, essa atribuição reaparece a partir do artigo 437-XII da mesma normativa, compartilhando a responsabilidade pela promoção e coordenação das ações intersetoriais e de controle social entre um total de três hospitais e sete superintendências.

Gomes e Campos Alves (2016)⁴¹ analisaram a implementação do CSDF, com base na Lei nº 8.142/90² e constataram que sua criação se deu 13 anos antes dessa normativa federal, a partir do Decreto nº 2.225 de 28 de março de 1973⁴². A primeira composição do conselho era paritária, mas entre associações representativas de profissionais da saúde e membros efetivos indicados pelo GDF, sendo seis membros para cada categoria, estando ausente a participação da sociedade civil nesse período. As decisões do conselho, mesmo que unânimes, eram passíveis de voto do Secretário de Saúde, assim como a ele era atribuído o voto de desempate.

As autoras apresentaram que somente após a redemocratização do Brasil, houve a primeira alteração no CSDF, com a publicação da Lei nº 70, de 22 de janeiro de 1989⁴³, em que foram destinadas 50% das cadeiras à sociedade civil e retirado do secretário de saúde o poder de voto, mas destinado a ele a posição de 'membro nato', totalizando 17 membros, sendo oito representantes dos usuários e oito representantes, assim distribuídos: três da Secretaria de Saúde, quatro dos ministérios (Saúde, Educação, Trabalho e Previdência e Assistência Social) e um 'representante dos prestadores de serviço de saúde que não integram o Sistema de Saúde'.

A paridade vinculada na Lei 8142/90² só foi alcançada em 2011 com a Lei Distrital nº 4604/11⁴⁴, que dispôs sobre “a organização, a composição e as atribuições do Conselho de Saúde do Distrito Federal”, revogou todos os dispositivos anteriores, instituiu eleição para presidente do conselho, cargo anteriormente ocupado pelo secretário de saúde, e ampliou a composição para

28 membros, com a representatividade descrita na forma da lei e instituindo segmentos de representatividade específicos para a composição dos usuários e profissionais de saúde.

A Lei Distrital nº 4.604/11⁴⁴ passou por uma única alteração. A Lei Distrital nº 7.121/22⁴⁵ alterou a organização, composição e atribuições do CSDF, aumentando o número de conselheiros, para 32 membros titulares e 32 suplentes. Além disso, a alteração incluiu novos segmentos de representação no CSDF, como associações de pessoas com patologias não contempladas anteriormente, associações do segmento LGBTQIA+, associações de estudantes da área de saúde, movimentos populares e sociais organizados (negros, indígenas, população de rua e outros) e movimentos organizados de mulheres.

Até 2025, ao CSDF foram designadas cadeiras em 10 outros conselhos relacionados à saúde pública do Distrito Federal: (i) no Comitê Central de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna⁴⁶, (ii) na coordenação de implementação do programa ‘lares abrigados’⁴⁷, (iii) no ‘Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial’⁴⁸, (iv) no âmbito do ‘Programa DF Criança’⁴⁹, promovido pela Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania, (v) na implementação da ‘Política de Qualidade de Vida no Trabalho’⁵⁰, (vi) no Conselho Deliberativo da Fundação Hemocentro de Brasília⁵¹, (vii) no Fundo de Saúde do Distrito Federal – FSDF⁵², (viii) na formulação e implementação da Política de Descentralização da Gestão em Saúde do DF⁵³ e (ix) nos institutos Hospital de Base de Brasília – IHBDF⁵⁴ e Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal-IGESDF⁵⁵, modelo que foi ampliado em nível distrital e possui a gestão direta de três hospitais públicos e 100% das Unidades de Pronto Atendimento do DF.

Em 2017, com a criação do IHBDF, foram atribuídas cadeiras no Conselho Fiscal e no Conselho Administrativo ao CSDF⁵⁴. Com a substituição do IHBDF pelo IGESDF, em 2020⁵⁵, a representatividade do CSDF foi mantida em ambos os conselhos. Organizações essas que estiveram envolvidas em polêmicas relacionadas à gestão dos recursos e à qualidade dos serviços de saúde prestados à população, gerando debates acalorados sobre a eficiência administrativa e a transparência das ações dessas instituições⁵⁵.

O Conselho de Administração do IGESDF é responsável por promover, com o apoio da estrutura organizacional do instituto, a apuração administrativa das faltas cometidas. O Conselho Fiscal tem como principal função garantir que os responsáveis pela administração haja dentro das regras legais e estatutárias, monitorando de perto as ações³⁵.

No entanto, para Barros e Barros⁸, para além da obrigatoriedade na normativa, o instrumento legal deve trazer também mecanismos que possibilitem esse acompanhamento e

fiscalização dos serviços de saúde, observando aspectos de facilitação do entendimento para não especialistas e educação permanente e continuada a fim de fortalecer a autoridade do conselheiro nesses ambientes que, para os autores, são alicerçados como espaços de poder, conflito e negociação, altamente suscetíveis à cordialidade original da formação brasileira definida por Holanda (2015)⁵⁶.

Destacam-se as cadeiras ocupadas no conselho do Fundo de Saúde do DF (FSDF)⁵², responsável pela gestão financeira e orçamentária dos recursos destinados às ações e serviços de saúde no Distrito Federal, incluindo o financiamento de programas, a execução de serviços, a aquisição de insumos e equipamentos, o pagamento de pessoal e a prestação de contas de todos os serviços de saúde, independentemente do nível de atenção.

O FSDF traz outro exemplo da singularidade do Distrito Federal relacionado à ausência de municípios. Nos outros entes federados do Brasil, cada um possui o seu fundo próprio, ambos são independentes entre si e com funções específicas de decidirem sobre as atribuições do ente que representa. Em outras palavras, o fundo estadual direciona verba à média e alta complexidade e é gerido majoritariamente pelo Conselho Estadual de Saúde, já o fundo municipal destina para a baixa complexidade, através da gestão do Conselho Municipal de Saúde⁵⁷.

A descentralização da gestão político-administrativa dos serviços de saúde foi iniciada em 2015 no DF, a partir de um plano que visou integrar a gestão local nas decisões sobre a distribuição de recursos e na formulação de políticas públicas de saúde, buscando ampliar o alcance e a eficiência da gestão local⁵². Segundo Göttens (2017)⁵⁸, essa descentralização visou ainda, aumentar a autonomia das diversas esferas de governo no gerenciamento das políticas regionais de saúde.

No entanto, centralizou toda a participação e decisão no CSDF e não envolveu em momento algum os Conselhos Regionais de Saúde na formulação e implementação do projeto, assim como, após a finalização e aprovação do modelo de descentralização proposto, esse não incluiu os conselhos regionais como órgãos responsáveis pela supervisão e fiscalização dos serviços de saúde prestados à população e proposito de ações regionais de saúde³³.

Além disso, o CSDF teve atribuições destinadas à implementação de políticas públicas voltadas para a prevenção de doenças endêmicas, como a dengue⁵⁹ e aprovando medidas relacionadas a quadros de pessoal e gratificações⁶⁰.

Já os Conselhos Regionais de Saúde mantiveram uma presença discreta nas normativas distritais até 2011, como se observa no Quadro 3, quando foi feita a regulamentação específica desses conselhos⁴⁴. No entanto, a sua inclusão no Regimento Interno da SESDF ocorreu apenas em 2018³². Nessa última regulamentação, foi atribuída à SESDF a obrigação de 'interagir' e 'promover' ações intersetoriais. A falta de termos vinculantes pode, como em outros casos, enfraquecer o cumprimento efetivo dessas responsabilidades, comprometendo a efetividade das ações⁶¹. A gestão participativa deve, portanto, contar com a boa disposição do gestor regional de saúde, cuja única motivação para sua participação é o abono pela ausência no exercício de sua função durante as reuniões ordinárias.

Quadro 3– Dispositivos normativos da implementação e atribuições de competências aos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal, publicados entre 1990 e 2025.

Norma	Ementa	Conteúdo
Decreto nº 17.107, de 20 de julho de 1999	Estabelece critérios para os servidores, que menciona, optarem pelo regime de 40 horas semanais de trabalho, nos termos da Lei nº 948, de 30 de outubro de 1995.	<p>Art. 2º A adoção do regime de 40 horas se dará em estrita observância aos princípios de conveniência e interesse da Administração, observadas ainda as seguintes condições:</p> <p>I – [...];</p> <p>II – [...];</p> <p>III – [...];</p> <p>IV - após aprovação do Conselho Gestor de Saúde da respectiva unidade e homologação do Conselho Regional de Saúde.</p> <p>Art.5º Os Comitês Regionais de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna atuarão junto aos Serviços Ambulatoriais, Centros de Saúde, Postos de Assistência Médica e Hospitais Públicos e Privados, e serão compostos por 5 (cinco) membros, a saber:</p> <p>I – [...];</p> <p>II – [...];</p> <p>III – [...];</p> <p>IV – [...];</p> <p>IV. uma representante do movimento organizado de mulheres da área da Regional na ausência desta, um representante do Conselho Regional de Saúde;</p>
Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018	Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal	<p>Art. 261. Às Superintendências das Regiões de Saúde – SRS, unidades orgânicas de comando e supervisão, diretamente subordinadas ao Secretário de Saúde, compete:</p> <p>I – [...];</p> <p>II – [...];</p> <p>III – [...];</p> <p>IV – [...];</p>

	<p>V – [...];</p> <p>VI – [...];</p> <p>VII – [...];</p> <p>VIII – [...];</p> <p>IX – [...];</p> <p>X – promover e coordenar as ações intersetoriais e de controle social na área de abrangência, em parceria com os Conselhos Regionais de Saúde vinculados, Administrações Regionais e outras entidades;</p>
	<p>Art. 285. Às Ouvidorias, unidades orgânicas de assessoramento e de execução, diretamente subordinadas às Diretorias dos Hospitais, compete:</p> <p>I – [...];</p> <p>II – [...];</p> <p>III – [...];</p> <p>IV – [...];</p> <p>V – [...];</p> <p>VI – [...];</p> <p>VII – [...];</p> <p>VIII – [...];</p> <p>IX – [...];</p> <p>X – interagir com os Conselhos Regionais de Saúde em conformidade com a Política Nacional de Gestão Participativa do SUS;</p>
	<p>Art. 466. Ouvidoria, unidade orgânica de assessoramento e de execução, diretamente subordinada ao Complexo Regulador, compete:</p> <p>I – [...];</p> <p>II – [...];</p> <p>III – [...];</p> <p>IV – [...];</p> <p>V – [...];</p> <p>VI – [...];</p> <p>VII – [...];</p> <p>VIII – [...];</p> <p>IX – [...];</p> <p>X – interagir com os Conselhos Regionais de Saúde em conformidade com a Política Nacional de Gestão Participativa do SUS; e</p>
Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017.	<p>Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.</p> <p>Art. 12. Compete à Gerência de Serviços da Atenção Primária à Saúde (GSAP) do território:</p> <p>I – [...];</p> <p>II – [...];</p> <p>III – [...];</p>

	<p>IV – [...];</p> <p>V – [...];</p> <p>VI – [...];</p> <p>VII – [...];</p> <p>VIII – [...];</p> <p>IX – [...];</p> <p>X - resolver questões administrativas da unidade, nos limites de sua competência. Parágrafo único. A participação popular deve ser estimulada pela gestão da Atenção Primária, sendo recomendável que toda Gerência de Unidade Básica de Saúde faça interface com um Conselho Regional de Saúde ou com estrutura que represente legitimamente a população do território.</p>
--	---

A Portaria no 77/2017 que estabelece a Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal⁶² também não apresenta mecanismos de obrigatoriedade quanto à participação dos gestores nos Conselhos Regionais de Saúde, limitando-se a 'estimular' a participação, sem formalizar um dever que possa garantir o caráter deliberativo e participativo dos conselhos. Essa lacuna normativa enfraquece o papel desses conselhos na gestão da saúde pública regional, limitando sua atuação como instâncias decisórias dentro do processo de descentralização da gestão do SUS no DF.

Apesar de a sua criação estar vinculada às RA¹⁰, cabe ao Gestor Regional da Saúde a responsabilidade de prover os meios necessários para o seu funcionamento. No entanto, as superintendências, que ocupam essa gestão regional, não possuem em sua estrutura administrativa um setor responsável pela articulação com as administrações regionais nem com os conselhos existentes, assim como ocorre na SESDF, com a Secretaria Executiva do Conselho de Saúde, que assessorava exclusivamente o CSDF⁴⁰.

Fato confirmado depois de questionado a essa mesma secretaria quanto à existência dos Conselhos de Saúde e suas informações básicas como nome, local de funcionamento, membros e cronograma de reuniões, através de Lei de Acesso à Informação²³, foram disponibilizadas parte das informações relacionadas ao CSDF, mas sobre os CRS apenas os nomes e endereços de e-mail para comunicação de 15 conselhos foram disponibilizados, para as 35 Regiões Administrativas do DF. Ademais, essa secretaria se isentou da responsabilidade sobre os CRS e a atribuiu às superintendências regionais.

De acordo com essa mesma secretaria, deve o morador da RA e usuário dos serviços de saúde mandar um e-mail toda vez que queira participar das reuniões do seu conselho ou obter

quaisquer informações, uma vez que não há sede própria, telefone, local para reunião e cronograma disponibilizados em meios oficiais.

Em suma, a participação popular no DF foi organizada principalmente a partir de quatro principais normativas distritais, alinhadas às Leis 8.080/90²⁴ e 8.142/90², bem como ao arranjo federativo da Constituição Federal de 1988¹. Por outro lado, os CRS, embora fundamentais para a gestão local, não possuem amparo legal federal, tendo sido criados unicamente com base em normativas distritais⁴⁴⁻⁴⁵ e na organização político-administrativa singular do DF³³. Possivelmente resultando em sua configuração como conselhos auxiliares, subordinados e de menor hierarquia em relação ao CSDF, como se observa na Figura 3.

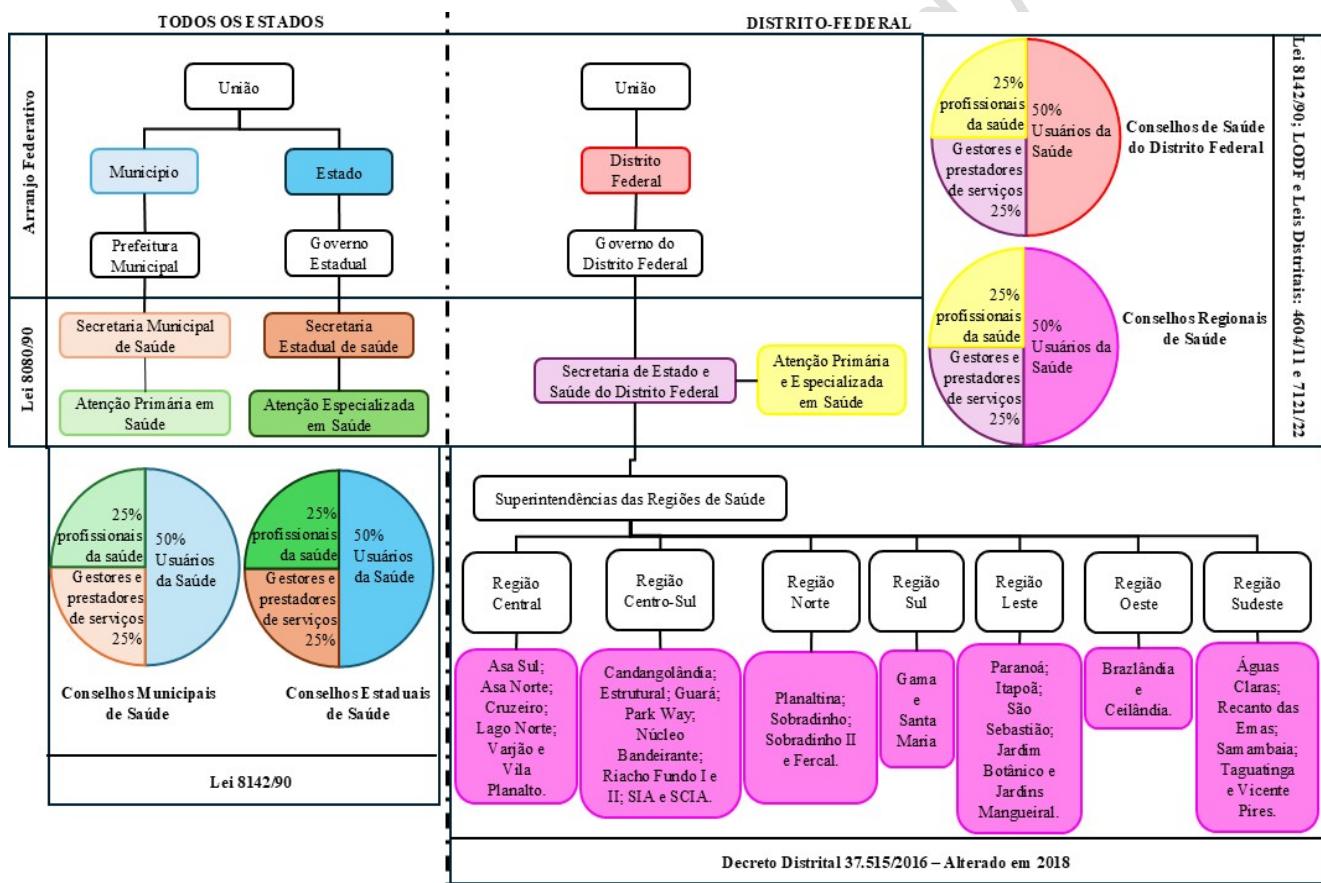


Figura 3 - Fluxo de organização político administrativa dos Conselhos de Saúde nos estados e no Distrito Federal.

Siglas: Lei Orgânica do Distrito Federal – LODE; Setor de Indústria e Abastecimento – SAI; Setor Complementar de Indústria e Abastecimento – SCIA. **Fonte:** Composição própria com base nas normativas e organogramas da SESDF e Superintendências de Saúde do DF.

Ao se analisar comparativamente as unidades federativas observa-se que o DF, como ente federado, seguiu uma lógica semelhante aos estados brasileiros. A estrutura político-administrativa deles também é vista no DF em sua plenitude, representantes do Governo e Câmara Distrital eleitos por sufrágio universal, uma Secretaria de Estado e Saúde e um Conselho em nível estadual. Distintamente dos municípios que são independentes dos estados, as RA não são independentes do DF. As RA possuem Administrador Regional nomeado diretamente pelo Governador e uma estrutura administrativa enxuta e consultiva, sem a presença de secretarias ou demais órgãos comuns aos governos municipais.

Apesar de as Administrações Regionais representarem o Governo Regional do DF, a gestão descentralizada dos serviços de saúde é estruturada por Regiões de Saúde, com Superintendentes diretamente vinculados à SESDF, independentes das Administrações Regionais, e que por obrigação devem manter interlocução com os Conselhos Regionais de Saúde, os quais, em 2025, são atuantes em apenas 15 das 37 regiões administrativas²³.

De acordo com a resposta enviada pela SESDF através de Lei de Acesso a Informação, únicas Regiões de Saúde que possuem todos os conselhos regionais de suas RA são as Regiões Sul e Oeste, ambas possuem somente duas RA em sua composição. Cabe salientar que até mesmo essas informações básicas, nome e RA de vinculação, não são de fácil acesso ou estão disponíveis em meio digital.

A ausência de transparência e publicidade é um fator que permeia todos os conselhos no DF. Ao buscar informações sobre os conselhos de saúde, em janeiro de 2025, nos sítios oficiais na internet do governo distrital, observou-se a existência de dois sítios distintos. O próprio endereço da SESDF acumula as informações sobre o CSDF e o InfoSaúde-DF que disponibiliza apenas o nome de 14 CRS. A ausência de outros dados implica que qualquer interessado em obter informações ou estabelecer contato com esses conselhos deve recorrer diretamente à Secretaria de Saúde ou ao Conselho de Saúde do Distrito Federal para solicitar tais informações.

Até mesmo dados básicos apresentam inconsistências nos poucos locais em que é divulgado. Igualmente o Tribunal de Contas do Distrito Federal-TCDF indicou, em 2021, a existência de 16 CRS no DF, sendo três com mandato vencido há três anos da data de publicação do documento, um com mandato vencido há cinco meses e quatro em processo eleitoral⁶³. Já o Plano Distrital de Saúde - PDS 2024/2027 apresenta a existência de 12 CRS⁶⁴. Por fim, a resposta da Secretaria Executiva do CSDF, por meio da Lei de Acesso à Informação-LAI, em

maio de 2024, informou a existência de 18 CRS, três com mandatos vencidos, mas apenas um, em processo eleitoral.

O fato é que esse é um fator limitante dos conselhos no Brasil. Santos et al.(2020)⁶ observaram que 1/3 dos portais oficiais das prefeituras das capitais brasileiras não divulgam informação sobre os seus conselhos municipais. Pacheco et al. (2020)⁶⁵ indicaram que a grande maioria dos conselhos de um estado não asseguram transparência adequadamente, com 67% não oferecendo o nível esperado de transparência, sendo que seis deles não realizam nenhum tipo de ação nesse sentido. Além disso, 37% dos conselhos não prestam contas sobre a implementação e os resultados dos planos de saúde, e 52% não apuram irregularidades ou promovem a responsabilização das secretarias de saúde. Apenas uma minoria (4%) oferece transparência com maior maturidade e 7% possuem um nível aprimorado de *accountability*. A conclusão foi que a atuação dos conselhos, no que se refere à transparência e à *accountability*, dificultou o acesso às informações públicas de saúde, favoreceu a corrupção, não contribuiu para o aprimoramento da gestão pública e não estimulou a participação popular ou o controle social.

No site da SESDF estão disponíveis dados apenas do CSDF, como informações sobre os conselheiros (nome, segmento de representação, instituição de origem e mesa diretora), atos normativos, conferências de saúde, relatório final das conferências das sete Regiões de Saúde (três dos quais apresentaram arquivo corrompido), cronograma de reuniões do conselho a partir de 2012 (sendo que o link para os três primeiros anos retorna à mesma página anterior, sem informações) e o cronograma de 2024 está ausente, além da legislação relacionada ao conselho.

Quanto aos atos normativos, estes estão disponíveis apenas a partir de 2005, da seguinte forma: 2005, apenas quatro resoluções e uma portaria; 2006, apenas uma resolução; 2007, cinco resoluções; 2008, três resoluções; 2009, 48 resoluções, oito decretos de nomeações, e a primeira ata pública, referente à reunião de número 221 do CSDF.

A partir de 2020, houve uma ampliação na divulgação de informações, com a publicação das moções e recomendações do colegiado, além da inclusão das pautas das reuniões, mantendo esse padrão até o início de 2025. No entanto, inexiste a divulgação de qualquer documento relacionado aos Conselhos Regionais de Saúde no DF, em formato digital.

Pina (2016)⁶⁶, ao estudar especificamente o Conselho Regional de Saúde de Ceilândia, em 2016, observou que foram perdidos sete anos de documentos sobre a atuação do conselho, chegando ao ponto de a primeira ata física obtida por aquele pesquisador ser datada de 2002, o

que o fez concluir que: “ressalto que ao iniciar este trabalho, não foi localizado o livro-ata anterior e nem os demais documentos do Conselho Regional de Saúde de Ceilândia”.

No entanto, a mesma pesquisa concluiu que o Conselho Regional de Saúde de Ceilândia, apesar da ausência de participação de não membros ou convidados, se caracterizou como um fórum político legítimo e atuante desempenhando um papel decisivo nas deliberações relativas às ações e serviços de saúde em nível regional.

Bortoli e Kovaleski (2020)⁶⁷ defendem a ideia de que a participação desses não membros é capaz de aproximar as decisões dos conselhos das necessidades da população, ao avaliarem um conselho de saúde, apresentaram que os conselheiros que demonstraram uma atuação positiva e incentivaram a participação da comunidade impactaram o acesso e a qualidade dos serviços de saúde da região, promovendo resultados práticos e progressos de acordo com as necessidades locais identificadas pela população.

Guarnieri, Setti e Pulga (2021)⁶⁸, ao analisarem os desafios e potencialidades de um Conselho Municipal de Saúde, identificaram que os fatores que incentivaram a participação da população nesses espaços, sobretudo nos Conselhos Locais de Saúde, estiveram atrelados ao funcionamento do conselho, à receptividade às demandas apresentadas e ao comprometimento na busca por melhores condições de saúde e qualidade de vida para os participantes e sua comunidade.

Apesar da existência da Secretaria Executiva do CSDF, existem também na estrutura da SES outros órgãos ligados à participação e responsáveis pela cultura participativa no DF, são eles: (i) a Assessoria de Transparência e Controle Social - ASTRAC, vinculada diretamente ao Gabinete do Secretário de Saúde, e (ii) a Unidade Setorial de Transparência e Controle Social – USTRAC, que responde hierarquicamente à Controladoria Setorial de Saúde e ocupa o mesmo nível hierárquico da ASTRAC, na organização político-administrativa da SESDF.

Não fica claro na organização administrativa da SESDF as atribuições de cada um desses órgãos, mas o Plano Distrital de Saúde 2020-2023⁶⁹ designou à USTRAC a responsabilidade pela 'disseminação, no âmbito da SES-DF, da cultura do controle social, transparência e acesso à informação', aspecto esse mantido no PDS 2024-2027⁶⁴ como a única estratégia do GDF para este quadriênio voltada ao fomento da participação popular e preenchimento das lacunas existentes na publicização dos documentos obtidos por essa pesquisa através da obtenção de dados por vias individuais, diante da ausência de transparência ativa.

Em paralelo ao movimento anterior, o GDF, em fevereiro de 2025, criou o Comitê Gestor da Saúde do Distrito Federal⁷⁰, instituído pelo Decreto nº 46.833, apresentado pelo governo como uma instância para aprimorar a gestão da rede pública de saúde. A nova estrutura, presidida pelo Secretário de Economia, conta com representantes da Secretaria de Saúde do DF, do Instituto de Gestão Estratégica do Distrito Federal, do Hospital da Criança de Brasília José Alencar - HCB e do Instituto de Cardiologia e Transplante do DF - ICTDF. Dentre os membros dessas entidades há predominância de órgãos vinculados diretamente à Administração Pública Distrital, além da inclusão de entidades filantrópicas que, apesar de atuarem com excelência no atendimento à população, não representam instâncias legítimas de controle social.

A ausência de participação formal dos conselhos de saúde do Distrito Federal e das demais instâncias colegiadas da sociedade civil no novo Comitê Gestor da Saúde do Distrito Federal reforça mais uma vez o direcionamento centralizador da governança sanitária no DF, desconsiderando a lógica de descentralização e participação popular estabelecida pela Lei nº 8.142/90².

CONCLUSÃO

A descentralização da gestão dos serviços públicos de saúde, estabelecida pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, atribuiu competências específicas aos entes federativos, com estados responsáveis pela atenção especializada e municípios pela atenção primária. A criação dos Conselhos de Saúde em cada nível federativo vinculou sua atuação aos serviços descentralizados e estabeleceu condicionantes para o repasse de recursos. No Distrito Federal, a organização territorial em Regiões Administrativas e de Saúde estruturou a implementação do Conselho de Saúde do Distrito Federal e dos Conselhos Regionais de Saúde. O CSDF integra diversas instâncias deliberativas, com participação em órgãos como o Fundo de Saúde do DF e o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do DF. Já os CRS têm atuação fragilizada, com normativas não vinculantes, ausência física em 62% das Regiões Administrativas e decisões homologadas por um único superintendente, limitando sua autonomia.

Assim que se propõe modificar a Resolução do CSDF para que a homologação das decisões dos CRS seja feita diretamente pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal SESDF, buscando substituir a atual prática de homologações pelas Superintendências, e criação de CRS adicionais para garantir sua abrangência em todas as RA do Distrito Federal.

Sugere-se a criação de uma cadeira de membro nato nos Conselhos Regionais de Saúde para os Administradores Regionais das Regiões Administrativas, da mesma forma que ocorre com o Secretário de Saúde no CSDF, com o objetivo de assegurar a participação do único representante do GDF exclusivamente a nível regional.

Diante da impossibilidade de definição entre o reconhecimento do papel político-administrativo simbólico das Regiões Administrativas, com a centralização no Distrito Federal, ou a descentralização dos serviços, não para as Superintendências, mas para as Administrações Regionais - o que aproximaria o modelo de gestão dos demais entes federados - sugere-se, adicionalmente, fortalecer a articulação entre os Conselhos Regionais de Saúde e as Superintendências. Para tanto, é imprescindível o estabelecimento de canais de comunicação mais eficientes e a criação de espaços regulares de diálogo entre conselheiros e gestores.

Recomenda-se a promoção de capacitações conjuntas, a implementação de mecanismos de acompanhamento contínuo das ações, e a ampliação da participação da comunidade nas discussões e decisões dos CRS. A incorporação das demandas levantadas pelos CRS nos planos regionais de saúde e a criação de sistemas de monitoramento e avaliação compartilhados são medidas que contribuirão para uma gestão mais eficiente e alinhada às necessidades da população, promovendo o aprimoramento da governança do SUS no Distrito Federal.

Apesar da consolidação normativa do CSDF, sua existência legal não garante o cumprimento efetivo de suas atribuições. A criação do Comitê Gestor da Saúde do Distrito Federal, sem articulação formal com o CSDF, desvela de forma incontestável a intencionalidade do Governo do Distrito Federal no esvaziamento da participação popular e da governança democrática no Sistema Único de Saúde do DF.

Torna-se urgente que os conselhos plenamente instituídos trabalhem para garantir a publicização e transparência de sua atuação, assim como para promover uma maior aproximação da sociedade com as reuniões e decisões regionais, compartilhando informações nos serviços de saúde de sua RA, como a existência do conselho, local de funcionamento e reuniões, contatos, cronogramas, entre outros.

O deslocamento das decisões para um colegiado sem representação da sociedade civil e com composição majoritariamente governamental afronta os princípios de descentralização e controle social que fundamentam o SUS, caracterizando um retrocesso institucional na gestão participativa da saúde no DF.

Demonstrando a necessidade de maior articulação entre as sociedades organizadas do DF, não apenas da saúde, mas também aquelas que lutam e defendem a gestão democrática das políticas públicas, a fim de garantir que a saúde no Distrito Federal se mantenha com foco no cuidado centrado no paciente, atendendo suas necessidades e demandas, e não apenas em aspectos econômicos e epidemiológicos, frequentemente priorizados nos resultados eleitorais e objetivados por este novo comitê gestor da saúde.

Assim, torna-se essencial o desenvolvimento de novas investigações que avaliem a aplicação das diretrizes constitucionais e normativas do DF relativas à participação popular, bem como a conformidade do cumprimento dessas disposições legais e infracionais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal; 1998. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 mar 2025. Acesso em 18 mar 2025.
2. Brasil. Lei 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. Diário Oficial da União 31 dez 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 18 mar 2025. Acesso em 18 mar 2025.
3. Santos ADO. Teses da saúde no relatório final da VIII Conferência nacional de Saúde e na legislação federal no período compreendido entre 1986 e 2016: uma análise comparada. Brasília. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] - Universidade de Brasília; 2019. Disponível em: http://icts.unb.br/jspui/handle/10482/37705?locale=pt_BR. Acesso em 21 mar 2025.
4. Siqueira RLD, Soares JB, Cruz PS, Carvalho IMMD, Cotta RMM. A representação política nos conselhos de saúde: desafios empíricos e analíticos. RSD. 11 set 2020;9(9):e870997503. Doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7503>.
5. Rocha MB, Moreira DC, Bispo Júnior JP. Conselho de saúde e efetividade participativa: estudo sobre avaliação de desempenho. Cad Saúde Pública 2020; 36(1):e00241718. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00241718>.

6. Santos CL, Santos PM, Pessali HF, Rover AJ. Os conselhos de saúde e a publicização dos instrumentos de gestão do SUS: uma análise dos portais das capitais brasileiras. Ciênc saúde coletiva nov 2020; 25(11):4389–99. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00042019>.
7. Santos EPFCD, Moreira DC, Bispo Júnior JP. Avaliação de desempenho dos conselhos de saúde em municípios de pequeno e médio porte. Saudesoc 2021; 30(3):e200356. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200356>.
8. Barros GMDC, Barros CDC. Há accountability e transparência nos conselhos estaduais de saúde do Brasil?. R Dir sanit 20 dez 2021; 21:e0026. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9044.rdisan.2021.169958>.
9. Vesentini JW, Seabra M. Capital da geopolítica: um estudo geográfico sobre a implantação de Brasília. 1985. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/000717303>. Acesso em 29 jan 2025.
10. Brasília. Lei Orgânica do Distrito Federal, de 8 de junho de 1993. Diário Oficial do Distrito Federal, 09 jun 1993. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/norma/66634/lei_org_nica_08_06_1993.html. Acesso em 18 mar 2025.
11. Soares MM. Federalismo e políticas públicas. Brasília: Enap; 2017. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3331>. Acesso em: 20 maio 2025.
12. Gregorio LDS, Gurgel H, Dessay N, Sousa GMD, Roux E. Estimativa populacional pelo modelo people in pixel aplicado ao estudo da dengue no Distrito Federal - Brasil. confins 2019; 42. Doi: <https://doi.org/10.4000/confins.22922>.
13. Companhia de Planejamento do Distrito Federal: CODEPLAN. Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2010-2020 [Internet]. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/NT-Proje%C3%A7%C3%A5o-Populacionais-para-as-Regi%C3%A3o-Administrativas-do-Distrito-Federal.pdf>. Acesso em 18 mar 2025.

14. Maniçoba RDS. Criação de Regiões Administrativas no Distrito Federal e o histórico da definição de seus limites geográficos. CIGA. 22 ago 2020; 10(2). Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/ciga/article/view/33529>. Acesso em: 02 fev 2025
15. Brasil. Lei nº 4.545, de 10 de dezembro de 1964. Dispõe sobre a reestruturação administrativa do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 14 dez 1964. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l4545.htm. Acesso em 18 mar 2025.
16. Brasília. Decreto nº 456, de 13 de agosto de 1965. Dispõe sobre a organização do Sistema de Administração Regional da Prefeitura do Distrito Federal. Diário Oficial da União 27 out 1965; nº 206; seção 1, 2 e 3; p. 11058, col. 1 Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/550/Decreto_456_21_10_1965.html. Acesso em 18 mar 2025.
17. Lúcio Costa. Relatório do Plano Piloto de Brasília. 2018. Disponível em: http://portal.iphan.gov.br/uploads/publicacao/lucio_costa_miolo_2018_reimpressao_.pdf. Acesso em: 20 maio 2025.
18. Brasília. Lei nº 1.648, de 16 de setembro de 1997. Dá nova denominação à Região Administrativa I - RA I. Diário Oficial do Distrito Federal 29 set; nº 187; seção 1, 2 e 3; p. 7802, col. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/49606/Lei_1648_16_09_1997.html. Acesso em 18 mar 2025.
19. Brasília. Decreto nº 11.921, 25 de outubro de 1989. Fixa os novos limites das Regiões Administrativas do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 16 out 1989; nº 204; seção 1, 2 e 3; p. 5, col. 2. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=18119. Acesso em 18 mar 2025.
20. Brasília. Lei nº 643, 10 de janeiro de 1994. Cria a Região Administrativa do Lago Sul - RA XVI e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal 11 jan 1994; nº 7; seção 1, 2 e 3; p. 3, col. 2. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/48602/Lei_643_10_01_1994.html. Acesso em 18 mar 2025.

21. Brasília. Decreto 15.516, 17 de março de 1994. Fixa os limites da Região Administrativa do Lago Norte - (RA-XVIII). Diário Oficial do Distrito Federal 18 mar 1994; nº 53; seção 1, 2 e 3; p. 6, col. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=25688. Acesso em 18 mar 2025.
22. Brasília. Lei nº 658, 27 de janeiro de 1994. Cria a Região Administrativa da Candangolândia - RA XIX e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal 27 jan 1994; nº 28; seção 1, 2 e 3; p. 1, col. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/48617/Lei_658_27_01_1994.html. Acesso em 18 mar 2025.
23. Brasil. Lei 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. Diário Oficial da União 20 set 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em 18 mar 2025.
24. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de dezembro 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. Diário Oficial da União 14 set 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em 18 mar 2025.
25. Brasil. Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 31 ago 1994. Disponível em: Decreto no 1.232, de 30 de agosto de 1994. Acesso em 18 mar 2025.
26. Brasil. Lei Complementar nº 172, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais. Diário Oficial da União 16 abr 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp172.htm. Acesso em 18 mar 2025.

27. Brasil. Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001. Dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 11 out 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3964.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%203.964%2C%20DE%2010,que%20lhe%20confere%20o%20art. Acesso em 18 mar 2025.
28. Brasil. Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Diário Oficial da União 17 out 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm. Acesso em 18 mar 2025.
29. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2008. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/150/o/Anexo_C1_como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf. Acesso em: 20 maio 2025.
30. Métodos de Pesquisa. Rio Grande do Sul: Editora da UFRGS; 2022. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 20 maio 2025.
31. Brasília. Decreto nº 39.546, de 19 de dezembro de 2018. Aprova o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 20 dez 2018; nº 241; seção 1, 2 e 3; p. 12, col. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/c7d8594440ea48969cee564fafa77865/Decreto_39546_19_12_2018.html. Acesso em 18 mar 2025.
32. Brasília. Decreto nº 37.515, de 26 de julho de 2016 Institui o Programa de Gestão Regional da Saúde - PRS para as Regiões de Saúde e Unidades de Referência Distrital. Diário Oficial do Distrito Federal 27 jul 2016; nº 143; seção 1; p. 11, col. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/05990c188e6a4778860953ca699e356e/Decreto_37515_26_07_2016.html. Acesso em 18 mar 2025.

33. Arretche M. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Brasília: Editora FIOCRUZ; 2012. Doi: <https://doi.org/10.7476/9788575415665>.
34. Brasília. Decreto nº 38.094, de 28 de março de 2017. Aprova o Regimento Interno das Administrações Regionais do Distrito Federal e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal 29 mar 2017; nº 61; seção 1, 2 e 3. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/621943de42e747a19b47ada15d782dcd/Decreto_38094_28_03_2017.html. Acesso em 18 mar 2025.
35. Brasília. Decreto nº 39.898, de 18 de junho de 2019. Cria a Secretaria de Estado de Governo do Distrito Federal, e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal 12 jul 2019; nº 130, de 12/07/2019, p. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b2e91275dea641c4a62173f5625aeb03/Decreto_39898_18_06_2019.html#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2039.898%2C%20DE%2018,Distrito%20Federal%20e%20o%20art. Acesso em 18 mar 2025.
36. Brasília. Decreto nº 39.674, de 19 de fevereiro de 2019. Regulamenta o Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal - IGESDF, e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal 20 fev 2019; nº 36; seção 1, 2 e 3; p. 1, col. 2. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/d116c5bde0074d38bcd95958b8ee57d1/Decreto_39674_19_02_2019.html. Acesso em 18 mar 2025.
37. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Resolução nº 390, de 22 de maio de 2012. Aprova as diretrizes de reestruturação/organização e funcionamento dos Conselhos Regionais de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 28 jun 2012; nº 125; seção 1 p. 10, col. 2. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=71745. Acesso em 20 maio 2025.
38. Brasília. Decreto nº 36.918, de 26 de novembro de 2015. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 27 nov 2015; nº 228; seção 1; p. 3, col. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=18d4937a92aa49eba6b56ecc14a31b76. Acesso em 18 mar 2025.
39. Brasília. Lei nº 1.837, de 14 de janeiro de 1998. Dispõe sobre a criação das Direções regionais de Saúde no Distrito Federal, dos Departamentos de Saúde do Trabalhador e de

Comunicação em Saúde e da Subsecretaria de Projetos Especiais de Saúde, a criação e a extinção de cargos em comissão nos quadros de pessoal da Fundação Hospitalar do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 15 jan 1998; nº 10; seção 1, 2 e 3; p. 3, col. 2. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/49796/Lei_1837_14_01_1998.html. Acesso em 18 mar 2025.

40. Brasília. Decreto nº 39.527, de 14 de dezembro de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/33c250cbc43444fb8fe716d7425be3e1/Decreto_39527_14_12_2018.html. Acesso em: 20 maio 2025.
41. Gomes ML, Campos Alves SM. Conselho de saúde do Distrito Federal: uma análise documental. CIADS 2016; 5(4):59–75. Doi: <http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v5i4.270>.
42. Brasília. Decreto nº 2.225, de 28 de março de 1973. Dispõe sobre a organização do Sistema de Administração Regional da Prefeitura do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 27 out 1965; nº 206; seção 1, 2 e 3; p. 11058, col. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/3244/Decreto_2225_28_03_1973.pdf. Acesso em 18 mar 2025.
43. Brasília. Lei nº 70, de 22 de janeiro 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. Diário Oficial do Distrito Federal 27 dez 1989; nº 244; seção 1, 2 e 3; p. 7, col. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/18439/Lei_70_1989.html. Acesso em 18 mar 2025.
44. Brasília. Lei nº 4.604, de 8 de dezembro de 2011. 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. Diário Oficial do Distrito Federal 18 jul 2011; nº 137; seção 1; p. 7, col. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/68849/Lei_4604_2011.html. Acesso em 18 mar 2025.

45. Brasília. Lei nº 7.121, de 25 de abril de 2022. Altera a 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. Diário Oficial do Distrito Federal 26 abr 2022; nº 76; seção 1, 2 e 3; p. 1, col. 2. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=c00408918b2f4c888ad4ec30cccf45f8. Acesso em 18 mar 2025.
46. Brasília. Lei nº 18.535, de 20 de agosto de 1997. Institui o programa de Prevenção à Mortalidade Materna, Cria os Comitês de Prevenção e Controle da Mortalidade Materna, e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal 21 ago 1997; nº 160; seção 1, 2 e 3; p. 6345, col. 2. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/32302/Decreto_18535_20_08_1997.html. Acesso em 18 mar 2025.
47. Brasília. Lei nº 19.945, de 24 de dezembro de 1998. Institui os “lares abrigados” no âmbito do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 28 dez 1998; nº 245; seção 1, 2 e 3; p. 1, col. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/35729/Decreto_19945_24_12_1998.html. Acesso em 18 mar 2025.
48. Brasília. Portaria nº 100, de 8 de fevereiro de 2021. Diário Oficial do Distrito Federal 11 fev 2021; nº 29; seção 1, 2 e 3; p. 8, col. 2. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/0998c1f0b51b4bf4a400a13efbb40d55/Portaria_100_08_02_2021.html. Acesso em 18 mar 2025.
49. Brasília. Portaria nº 641, de 26 de agosto de 2021. Institui, no âmbito do Programa DF Criança, Grupo Temático voltado a promover ampla cooperação técnico-institucional e intercâmbio de conhecimentos, informações, experiências e o desenvolvimento de ações conjuntas para a promoção da dignidade menstrual de adolescentes e jovens. Diário Oficial do Distrito Federal 27 ago 2021; nº 75 B; Edição Extra; seção 1, 2 e 3; p. 3, col. 1. Disponível em:

- https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/dd87268676a247d2adf1d91aa6a3da7a/Portaria_641_26_08_2021.html. Acesso em 18 mar 2025.
50. Brasília. Portaria nº 87, de 4 de fevereiro de 2022. Institui a Política de Qualidade de Vida no Trabalho no contexto da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 11 fev 2022; nº 30; seção 1, 2 e 3; p. 21, col. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/0cd561507b234fdb10db2bfa19d70a3/Portaria_87_08_02_2022.html. Acesso em 18 mar 2025.
51. Brasília. Decreto nº 44.407, de 4 de abril de 2023. Aprova o Estatuto da Fundação Hemocentro de Brasília. Diário Oficial do Distrito Federal 05 abr 2023; p. 2, col. 2. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/4999880f20eb4044b2ebd35e428e74e1/Decreto_44407_04_04_2023.html. Acesso em 18 mar 2025.
52. Brasília. Lei Complementar nº 11, de 12 de julho de 1996. Cria o Fundo de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal 16 jul 1996; nº 136; seção 1, 2 e 3; p. 5833, col. 2. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=51840. Acesso em 18 mar 2025.
53. Brasília. Decreto nº 36.671, de 13 de agosto de 2015. Institui grupo de trabalho para realizar estudos e projetos, com vistas à descentralização da gestão da saúde. Diário Oficial do Distrito Federal 14 ago 2015; nº 157; seção 1; p. 66, col. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=0cf199b77dc94c3e9914c792c2aa9ac1. Acesso em 18 mar 2025.
54. Brasília. Lei nº 5.899, de 3 de julho de 2017. Autoriza o Poder Executivo a instituir o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal - IHBDF e dá outras providências. Diário Oficial do Distrito Federal 04 jul 2017; nº 126; seção 1, 2 e 3; p. 1, col. 1. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/d40f1f59cc5a40dcb9cf424bebcd315d/Lei_5899_03_07_2017.html. Acesso em 18 mar 2025.
55. Silva JAM. Produtividade e qualidade do atendimento do Hospital de Base antes e após a implementação do Instituto de Gestão Estratégica em Saúde do Distrito Federal – IGESDF.

Arca - Fiocruz 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/54443>. Acesso em 29 jan 2025.

56. Holanda SB de. Raízes do Brasil. 1^a edição. Rio de Janeiro: Companhia das Letras; 2015. Disponível em: <https://tecnologia.ufpr.br/lahurb/wp-content/uploads/sites/31/2017/09/HOLANDA-S%C3%A9rgio-Buarque-Ra%C3%ADzes-do-Brasil.pdf>. Acesso em: 20 maio 2025.
57. 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 três esferas. Diário Oficial da União 16 jan 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em 18 mar 2025.
58. Göttens L. A Regionalização da Gestão da Saúde no DF: o caminho para a “ponta” virar centro. Brasília em Debate 2017;: 17: 22-27. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/38783?show=full>. Acesso em: 18 mar 2025.
59. Brasília. Lei nº 5.996, de 31 de agosto de 2017. Dispõe sobre a implantação de campanha de incentivo à utilização de métodos naturais de combate à dengue. Diário Oficial do Distrito Federal 18 set 2017; nº 179. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/62561d36049b48c48fe8222dba0e9188/Lei_5996_31_08_2017.html. Acesso em 18 mar 2025.
60. Brasília. Lei nº 2.596, de 28 de setembro de 2000. Dispõe sobre a Gratificação de Produtividade aos servidores da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 29 set 2000; nº 188; seção 1, 2 e 3. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/DetalhesDeNorma.aspx?id_norma=50554. Acesso em 18 mar 2025. Acesso em 18 mar 2025.
61. Costa JRC, Alves SMC, Delduque MC, Souza MDSD. O Conselho Nacional de Saúde na pandemia de Covid-19: análise dos atos normativos e não normativos entre 2020 e 2022. Saúde debate out 2023; 47(139):830–43. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313908>.

62. Brasília. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal 15 fev 2017; nº 33; seção 1, 2 e 3. Disponível em: https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/b41d856d8d554d4b95431cdd9ee00521/Portaria_77_14_02_2017.htm. Acesso em 18 mar 2025.
63. Tribunal de Contas do Distrito Federal - TCDF. Cartilha de Orientação para Conselheiros de Saúde do DF. 2018;(1). Disponível em: <https://atrimon.org.br/biblioteca-virtual-itens/cartilha-de-orientacao-para-conselheiros-de-saude-tcdf/>. Acesso em: 18 mar 2025.
64. Brasília. Plano Distrital de Saúde 2024 - 2027 2024. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/plano-distrital-de-saude>. Acesso em 18 mar 2025.
65. Pacheco HF, Leal EMM, Gurgel Júnior GD, Santos FDADS, Medeiros KRD. A accountability das Organizações Sociais no SUS: uma análise do papel institucional do Conselho Estadual de Saúde em Pernambuco. *Physis* 2020; 30(1):e300108. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300108>.
66. Pina ARDM. Participação popular em saúde: um estudo sobre o conselho regional de saúde de Ceilândia, Distrito Federal-Brasil. *Cad Ibero Am Direito Sanit* 2016; 5(1):234–54. Doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v5i1.283>.
67. Bortoli FR, Kovaleski DF. Democracia e saúde: condicionantes da efetividade deliberativa de um conselho municipal de saúde no sul do Brasil. *Trabeduc saúde* 2020;18(3):e00299131. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300516&tlang=pt. Acesso em: 21 mar 2025.
68. Guarnieri JM, Setti SM, Pulga VL. A Participação Popular na saúde: desafios e potencialidades no contexto municipal. *Saúde Redes* 22 jul 2021;7(2):123–35. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3132>. Acesso em: 21 mar 2025.
69. Brasília. Plano Distrital de Saúde 2020 - 2023 2019. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/02/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf. Acesso em 3 fev 2025.

70. Silveira Í. Agência de Brasília. 2025. GDF cria Comitê Gestor da Saúde para aprimorar serviços ofertados à população | Agência Brasília. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2025/02/07/gdf-cria-comite-gestor-da-saude-para-aprimorar-servicos-ofertados-a-populacao/>. Acesso em: 8 fev 2025.

Ahead of Print Accepted Article