

INTRODUÇÃO

Todo control es acto de comunicación y sólo puede tener éxito en la medida en que la comunicación tiene éxito.¹

As informações que circulam pelo ambiente da sociedade adquirem particular relevância para os sistemas parciais (sensíveis ao tema da saúde) quando estes conseguem identificá-las como sendo por eles acessíveis e compreensíveis. Essa modo operativo transcorre por meio de um processo sistêmico interno de distinção/diferenciação. De fato, a comunicação exerce função essencial na irritabilidade dos diferentes sistemas da sociedade que detêm condições de decidir (contribuir) a favor da efetivação do direito fundamental à saúde.

Com esse propósito, o desígnio do artigo é investigar de que forma a participação social podem contribuir com os sistemas parciais da sociedade na operação de selecionar informações que circulam pelo ambiente da sociedade, bem como quais sistemas podem ter acesso, ou mesmo, compreender e se utilizar das informações selecionadas por essa operação como opção decisional do sistema apto a contribuir a favor da efetivação do direito fundamental à saúde da população.

É, também, objetivo trazer para a discussão a temática do controle social e diferenciá-lo da participação social. Cabe ainda, analisar como os sistemas parciais da sociedade dele podem se utilizar para a função de selecionar informações do ambiente. Isso se deve, em grande medida, pela análise da funcionalidade sistêmica que o controle social pode operar, ou seja, atuando como um sistema de “filtro, capaz de operar alterações nos padrões de seletividade de demandas”², que são encontradas no ambiente da sociedade, ou mesmo, para operar essa seletividade com relação às expectativas atinentes ao direito à saúde dos cidadãos.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL VERSUS O CONTROLE SOCIAL

A tentativa é, pois, a de procurar investigar a polissemia de conceitos que envolvem a participação e o controle social, bem como analisar os padrões distintos de atuação em diversas áreas, tal como as inúmeras contribuições comunicativas para os diversos sistemas parciais da sociedade. Com esse propósito, o ponto de partida será tentar demonstrar, mesmo que de forma concisa, que a expressão ‘controle social’ tem sido empregada de forma distinta pela doutrina.

¹ BAECKER, Dirk ?Por qué una teoría de sistemas? In: GÓMEZ-JARA DÍEZ, Carlos (Ed.). **Teoría de sistemas y derecho penal: fundamentos y posibilidad de aplicación**. Lima: ARA Editores, 2007. p. 23.

² CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma de Estado. In: FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia, a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 99.

Temos por um lado, que o conceito de “participação social” caracteriza-se pela troca da categoria comunidade ou povo, em seu lugar elegendo a sociedade como uma categoria central. Para Crevelim, “este conceito está fundamentado na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e em uma nova compreensão do caráter do Estado, remetendo à definição das prioridades nas políticas públicas com base em um debate público”.³

Conforme Wendhausen, o conceito de participação popular igualmente tem sido utilizado por

Alguns neo-pluralistas, mas são os cientistas de tradição marxista que o usam para designar o envolvimento em processos participatórios daqueles que não pertencem à classe social dominante. Pressupõe a representação de setores populares por meio de líderes legítimos eleitos ou indicados por entidades organizadas.⁴

O interesse pelo tema tem se intensificado com as alterações ocorridas na relação entre o Estado e a sociedade, mais precisamente durante a década de oitenta, quando são intensificadas as propostas de democratização da sociedade, que viria a contemplar a gestão das políticas públicas. O objetivo da democratização era “eliminar as formas autoritárias e tradicionais de gestão das Políticas Sociais, bem como a adoção de práticas que favoreçam uma maior transparência das informações e maior participação da sociedade no processo decisório”.⁵

Por outro lado, ao longo da história, o termo “controle social” igualmente foi utilizado em contextos que correspondem a distintos conceitos ou definições que variam de acordo com as diversas formas de compreensão entre a relação do Estado e a sociedade e suas diversas formas de intervir nessa relação. De início, o termo guardou relação com as atuações voltadas para o controle que o Estado exercia sobre a população⁶, ou mesmo, com os mecanismos que o Estado utilizava para controlar a sociedade.⁷

Durkheim⁸ compartilhava desse entendimento, ao afirmar que o controle social tem o formato de uma ferramenta legitimadora do Estado em seu papel controlador, cujo objetivo é

³ CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 326. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123-2005000200010>. Acesso em: 04 jul. 2016.

⁴ WENDHAUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí: Ed. Univali, 2002. p. 179.

⁵ SILVA, Alessandra Ximenes; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 684, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300018>. Acesso em: 04 jul. 2016.

⁶ WENDHAUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí: Ed. Univali, 2002, p. 115.

⁷ Nesse sentido, Carvalho, afirma que o controle social tem como função designar os processos de influência que o coletivo (sociedade) exerce sobre o indivíduo. CARVALHO, Antonio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Iban, 1995. p. 9.

⁸ DURKHEIM, Émile. **Lições de sociologia**. Tradução Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

garantir a ordem e a integração social. Yamamoto mantém posicionamento idêntico, ao ressaltar que o controle social é a ferramenta pela qual o Estado exerce o controle sobre os cidadãos por meio de suas instituições, cujo objetivo é interferir no “cotidiano da vida dos indivíduos, reforçando a internalização de normas e comportamentos legitimados socialmente”.⁹

Contudo, outro olhar pode acusar uma visão dessemelhante. Nesse ponto de vista, o termo “controle social” é usado como sinônimo de possibilidade de a sociedade civil organizada, em todos os seus segmentos sociais, controlar as ações do Estado¹⁰. Na concepção de Costa¹¹, essa nova visão do controle social (no Brasil) teve início com as lutas travadas pelos setores sociais, cujo objetivo era aumentar o poder da sociedade frente ao Estado. Isso se deve, em grande parte, em virtude do surgimento de grupos contrários aos governos militares que estiveram à frente do governo brasileiro até meados da década de oitenta.¹²

No final desse período militar, com o exaurimento do “milagre econômico”, aliado ao agravamento das crises cíclicas que o país enfrentava, teve início um período caracterizado pela abertura Política. Nele, possibilitou-se emergir novos movimentos populares e sindicais¹³. Essa (re)organização de forças políticas acabou por auxiliar o desencadeamento da redemocratização do país, uma vez irritado por esses movimentos, o Estado (Sistema Parcial da Política) viu-se obrigado a assumir compromissos com as reivindicações desses grupos e a reconhecê-los como interlocutores da população.¹⁴

Embora a noção de controle social que hoje conhecemos tenha sido legitimada com a promulgação da Constituição Federal de 1988, salienta-se que as primeiras experiências de participação/controlado social em nosso país tiveram início num período anterior a este, que pode ser datado do início do século passado. O resgate desse processo de participação/controlado social reporta-se às lutas travadas por uma parcela da sociedade por acesso aos direitos sociais capitaneados por movimentos urbanos, dentre eles, os sindicatos trabalhistas e as entidades patronais, os quais foram responsáveis pela criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs).¹⁵

⁹ IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, Celats, 1988. p. 109.

¹⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social**: conselhos de saúde e financiamento do SUS. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 24.

¹¹ COSTA, Ana Maria. **Democracia participativa e controle em saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. p. 10.

¹² BRAVO, Maria Ines Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 127-128, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282012000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 jul. 2016.

¹³ CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 57.

¹⁴ CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 58-59.

¹⁵ D'ANGELOSANTE, Melania. **Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Itália**. Itália: Maggioli Editore, 2015. p. 85.

De fato, na esteira de uma visão em que a participação/control social atua como forma de a população controlar as ações do Estado, esse segmento de sindicatos urbanos pode ser considerado o responsável pelo embrião desse fenômeno em nosso país¹⁶. Mais tarde, outras atividades de participação/control social do Estado foram sendo experimentados por outros atores da sociedade. Para exemplificar, destacamos o fenômeno migratório ocorrido na década de setenta, ocasionando um crescimento populacional desordenado em sentido às grandes cidades, consequência da concentração de renda e desigualdade social.

Em decorrência desse processo migratório, houve um:

Grande aumento na criação de associações de moradores, entidades religiosas, movimentos femininos, entidades filantrópicas e vários outros movimentos comunitários, que passaram a exercer atividades e pressões de controle, ainda fracionado por segmento, em função de reivindicações específicas, inclusive serviços de saúde, direcionadas principalmente às prefeituras municipais.¹⁷

Aquelas formas organizativas, cuja origem remonta às lutas comunitárias, eram tidas como ideias inovadoras de participação da sociedade na elaboração das políticas públicas do Estado brasileiro. A elas foram sendo somadas as experiências dos conselhos populares da Zona Leste de São Paulo¹⁸, dos conselhos populares do orçamento de Osasco e da Assembleia do Povo de Campinas¹⁹. Muito embora “assumindo significados diversos ao longo do tempo, a que correspondem padrões distintos de práticas sociais, o tema da participação esteve constantemente presente na retórica e na prática do movimento sanitário”²⁰ brasileiro o que atestou a relação ocorrida entre o social e o político na agenda da Reforma Sanitária Brasileira.

Outras irritações comunicativas forçaram o Sistema Parcial da Política a aprimorar as formas de participação/control social em nosso país. Um desses processos iniciou nos anos oitenta, quando o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) aprovou o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (Decreto n.º 86.329/81). O plano dispunha sobre a criação do Programa de Ações Integradas

¹⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhor de saúde e financiamento do SUS**. 1. ed. Brasília, 2003. p. 25.

¹⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhor de saúde e financiamento do SUS**. 1. ed. Brasília, 2003. p. 25.

¹⁸ Os Conselhos de Saúde surgem em São Paulo em razão de a população de periferia sentir os efeitos do descaso do setor da saúde que, em grande medida ocorre, devido ao rápido crescimento populacional. A organização desses conselhos começa a ganhar contornos mais expressivos em 1976 quando a eles se somam a Igreja, os médicos sanitários e os estudantes de medicina. A partir da gestão de Adib Jatene, é que são reconhecidos como interlocutores que representam os movimentos populares. Após isso, o Estado inicia uma expansão da rede de atendimento à saúde, o que demonstra a capacidade de qualificar as informações do ambiente para o sistema.

¹⁹ CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, p. 55.

²⁰ CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma de Estado. In: FLEURY, Sônia. **Saúde e democracia, a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93.

de Saúde (posteriormente Ações Integradas em Saúde). Por intermédio dessa (re)organização do Sistema Parcial da Política, é que principiou a transferência, para outros atores governamentais, de encargos e recursos para o custeio de serviços do Sistema Parcial da Saúde²¹. Em vista disso, além da desconcentração da gestão dos recursos, florescia a possibilidade de controlar essas ações.

Ainda com relação às irritações sofridas pelo Sistema Parcial da Política, deve ser ressaltado a criação das primeiras Comissões Interinstitucionais de Saúde (CRIS) e as Comissões Interinstitucionais Locais e/ou Municipais de Saúde (CLIS ou CIMS). Para Tanaka, a referida (re)organização do Sistema Parcial da Política, ou seja, com a criação de comissões em formato de colegiado e com representação da sociedade civil organizada, demonstra o objetivo “real de viabilizar a gestão colegiada envolvendo os órgãos públicos prestadores de serviços de saúde”.²²

De fato, na área da saúde,

Os ventos democráticos da Nova República somados a um conjunto de propostas articuladas em torno de um projeto alternativo e um conjunto de quadros político-técnicos com ele comprometidos (oriundos do Movimento Sanitário), viabiliza em 1986, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Com uma característica participativa completamente diferente das conferências anteriores, reuniu cerca de cinco mil participantes, oriundos dos mais diversos segmentos sociais e políticos, marcando o início, na arena estatal, da participação institucional de representações da sociedade civil, no processo de concertação de interesses e pactuação de políticas de saúde.

Verifica-se, assim, que a modelagem da participação da sociedade cujo objetivo era de controle social sobre as ações do governo surgiram apenas como possibilidade fática quando do processo de redemocratização do país. Bravo²³ confirma nossa argumentação, para ele, essa mudança apenas tomou forma no final da década de oitenta início de noventa, período este em que foram instituídos os primeiros conselhos, dentre eles, os da área da saúde. Segundo o autor, a lógica almejada na criação dos referidos conselhos era a de que quanto mais a sociedade, por meio dos seus segmentos, pudesse se organizar maior seria a pressão sobre o governo, por conseguinte, maior seria a efetivação do Estado Democrático.

Como já mencionamos anteriormente, o modelo de controle social exercido pelos conselhos de saúde remonta à ideia de a sociedade civil controlar as ações do Estado. Reflexos dessa concepção podem ser encontrados em diversas áreas, dentre elas, ainda hoje,

²¹ PIMENTA, Aparecida Linhares. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 25-40, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901993000100004>. Acesso em: 04 jul. 2016.

²² TANAKA, Osvaldo Yoshimi et al. Gerenciamento do setor da saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 187, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000300010>. Acesso em: 04 jul. 2016.

²³ BRAVO, Maria Ines Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 127, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282012000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 jul. 2016.

em manuais governamentais. Deles, citamos um que abrange a área da saúde e define o controle social “como o controle sobre o Estado pelo conjunto da Sociedade Organizada em todos os segmentos sociais”.²⁴

Igualmente, visualizamos o mesmo ponto de vista conceitual, analisando o Manual do Controle Social, disponibilizado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE)²⁵. Neste, encontramos disposto que o controle social será possível apenas quando a população compreenda a “importância de participar socialmente, ou seja, quando nos tornamos sujeitos de nossa própria história, ‘atuantes’ e capazes de orientar e fiscalizar as ações do Estado, aqui entendido como ‘poder público’ em geral”.²⁶

Com efeito, a participação da população representa um avanço nas formas de controle governamental. O tema foi contemplado na Constituição Federal Brasileira de 1988, nos artigos 37 § 3º, 194, VII e 198, III. Dessa forma, o legislador constitucional contemplou a área da saúde com esse importante mecanismo de controle que, mais tarde, foi utilizado com a intenção de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Além desses dispositivos, encontramos nas próprias diretrizes do SUS outros mecanismos que asseguram a participação da sociedade na fiscalização das ações e serviços da saúde em nosso país.

Com esse propósito, o controle social havia sido inicialmente previsto no texto normativo da Lei 8.080/90 - Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, os artigos previstos para esse tema foram todos vetados pelo então presidente da República²⁷. Foi então, somente com o advento da Lei 8.142/90, que a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde esteve definida. Mais tarde, outras legislações ocuparam-se por aperfeiçoar as temáticas.

No artigo primeiro da referida legislação, está contida a disposição referente à criação de duas instâncias colegiadas de atuação do controle social na área da Saúde Pública. A primeira delas recebe o nome de Conferências de Saúde²⁸; a segunda, de Conselhos de Saúde. As “Conferências e Conselhos de Saúde são hoje os principais espaços para o exercício da

²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 24.

²⁵ FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Orgão de fomento do Ministério da Educação.

²⁶ BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Unidade IV – Controle social**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2007. p. 186.

²⁷ WENDHAUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social: (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí: Ed. Univali, 2002. p. 119.

²⁸ Embora estejamos nos referindo às Conferências de Saúde previstas na Lei 8.142/90, é certo que elas já estiveram presentes em outros períodos da história brasileira. Exemplo disso, pode ser comprovado com a análise do artigo 90 da Lei 378/37, segundo o qual “Ficavam instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das actividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo País, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federaes”.

participação e do controle social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo”.²⁹

É, pois, na perspectiva de continuar investigando a capacidade comunicativa dessas duas formas de participação e controle social para com os sistemas parciais da sociedade que passamos a estudar a historicidade das conferências de saúde. Sua origem, no Brasil, remonta ao governo de Getúlio Vargas. Foram instituídas pela Lei n.º 378, de 13/01/1937.³⁰ Além de criá-las, a legislação previa a (re)organização da estrutura do Ministério da Educação e Saúde.

A função das Conferências era de atuar como espaços intergovernamentais capazes de “articular-se e conhecer as ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde”³¹. Embora houvesse previsão legal de serem realizadas a cada dois anos, a primeira conferência só foi convocada no ano de 1941. De lá, até a atualidade, já foram realizadas quinze Conferências Nacionais de Saúde.³²

Apesar de talvez tímida, observamos que desde a primeira edição, as Conferências de Saúde tinham a função de catalisar informações que estavam presentes no ambiente do Sistema Parcial da Política. Prova disso é encontrada quando se analisa o decreto 6.788 de 30/01/1941, o qual convocou a 1ª Conferência Nacional de Saúde. Nele estava expresso que a Conferência de Saúde deveria se ocupar em detectar os diferentes problemas de saúde da população brasileira.³³

Conquanto houvesse determinação legal para que a cada dois anos fossem convocadas as Conferências de Saúde, o que ocorreu na prática é que a 2ª Conferência Nacional de Saúde só foi realizada em 1950. Dela, o pouco de informação disponível sinaliza que sua pretensão era coletar informações de qual seria o ponto de vista dominante entre os sanitaristas. Além disso, buscava um ponto convergente para a legislação que trataria da higiene e da segurança do trabalho.³⁴

²⁹ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. Brasília, DF: CONASS, 2009. p. 11.

³⁰ BRASIL. **Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937**. Dá nova, organização ao Ministerio da Educação e Saude Publica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L0378.htm>. Acesso em: 30 ago. 2016.

³¹ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. Brasília, DF: CONASS, 2009. p. 11.

³² 1ª CNS 1941; 2ª CNS 1950; 3ª CNS 1963; 4ª CNS 1967; 5ª CNS 1975; 6ª CNS 1977; 7ª CNS 1980; 8ª CNS 1986; 9ª CNS 1992; 10ª CNS 1996; 11ª CNS 2000; 12ª CNS 2003; 13ª CNS 2007; 14ª CNS 2011; 15ª CNS 2015. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 14., Brasília, DF. **Histórias das Conferências de Saúde**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

³³ BRASIL. **Decreto nº 6.788, de 30 de Janeiro de 1941**. Convoca à 1ª Conferência Nacional de Educação e a 1ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-6788-30-janeiro-1941-331348-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

³⁴ HISTÓRIAS das Conferências de Saúde. **14ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

Três anos após a realização dessa Conferência, viria a ser criado o Ministério da Saúde (25/07/1953). No entanto, a 3ª Conferência Nacional de Saúde somente iria acontecer treze anos depois, ou seja, em 1963. Da análise do relatório final dessa Conferência, verifica-se que o Sistema Parcial da Política tinha se (re)organizado, a fim de ampliar os filtros desse processo. Isso ocorre, pois, novos atores foram chamados a participar da Conferência. Nela, os “Secretários de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e os Diretores de Saúde dos Territórios poderão se fazer acompanhar de assessores técnicos”³⁵. De fato, essa ação permitiria que esse sistema pudesse ampliar sua capacidade seletiva de informações que estavam presentes no ambiente.

A 4ª Conferência (1967) foi realizada ainda no governo dos militares. Convocada pelo Decreto n. 58.266, de 27/04/1966, propunha discutir os Recursos Humanos necessários para as atividades de Saúde, uma vez que o sistema havia percebido a importância da capacitação desses recursos. Importante ressaltar que nesta Conferência foi realizado um painel que relatava as políticas e realizações da Organização Pan-americana de Saúde; além, das experiências internacionais em saúde vivenciadas na Colômbia e na Venezuela.³⁶

As discussões travadas na 5ª Conferência de Saúde (1975) propunham a implementação da Lei n.º 6.229/75, a qual instituía o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Essa (re)organização do Sistema Parcial da Política sugeria a (re)distribuição de funções entre o Ministério da Saúde e o Sistema de Assistência Médica Previdenciário. Por elas, almejava-se “facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à saúde, realizadas em todo o País, e a orientar a execução dos serviços locais”.³⁷

Dois anos mais tarde, realizou-se a 6ª Conferência Nacional de Saúde (1977)³⁸. Nela, o Sistema Parcial da Política buscava selecionar informações do ambiente que pudessem demonstrar a “situação atual do controle das grandes endemias, a operacionalização de novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde e, o Programa de Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde (PIASS)”³⁹. Por sua vez, a 7ª Conferência, realizada em 1980, buscava capitanear informações do ambiente que pudessem demonstrar a abrangência das ações de saúde que eram implementadas por intermédio de uma rede de

³⁵ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 1963, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: 1963. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2016.

³⁶ CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. Brasília, DF: CONASS, 2009. p. 13. (CONASS Documenta; 18). Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2016.

³⁷ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., Brasília, DF, 1975. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.

³⁸ Convocada pelo Decreto n. 79.318 de 1º de março de 1977.

³⁹ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 14.

serviços básicos. Muito embora o temário contemplasse outras ações em saúde, a exemplo da intersetorialidade, o tema predominante foi o da formulação e implantação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde).⁴⁰

Se bem que as conclusões extraídas do relatório final da 7ª Conferência de Saúde demonstrem que os participantes tiveram a liberdade de manifestação garantida durante os debates, é igualmente de observar que:

[...] embora, por motivos circunstanciais, não tenham sido convocados determinados grupos sociais – como por exemplo os usuários dos serviços de saúde, os participante estiveram de acordo em que a população brasileira, destinatário final das ações do programa (de extensão de cobertura) ainda não participa de seu processo decisório, devendo porém fazê-lo na medida em que for levada a se incorporar à prática das ações ao mesmo inerentes, desse modo podendo representar fator determinante para que alcance suas finalidades.⁴¹

Tal registro evidencia que o Sistema Parcial da Política identificava a partir das informações selecionadas do ambiente do sistema que, naquele retrato da história, estava ocorrendo um fortalecimento dos movimentos sociais que lutavam por reformas no campo da Saúde Pública do Brasil. A busca pela potencialização dessas informações ocorria de forma constante. Para tanto, os filtros foram direcionados para a realização do 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde. Nele, discutia-se “a questão democrática na área da saúde”⁴². Esses filtros foram de fundamental importância para que esse sistema identificasse as expectativas e interesses da sociedade com relação à Saúde Pública.

Já durante o período da Nova República, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Houve uma grande mobilização social para sua realização, que “articulou representantes de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos estados, permitiu a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde”⁴³.

Apesar de os trabalhos dessa Conferência não tivessem apontado propostas explícitas para o texto da Constituição Federal (que seria promulgada em seguida) o quadro referencial desta “passaria a informar, a partir de então, o conjunto de sugestões e reivindicações que o ‘movimento sanitário’ passaria a fazer junto ao processo constituinte”⁴⁴. Dentre elas, o fato

⁴⁰ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, 1980. Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.

⁴¹ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, 1980. Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p. 126. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.

⁴² CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://cebes.org.br/>>. Acesso em: 17 jun. 2016.

⁴³ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 17.

⁴⁴ RODRIGUEZ NETO. Eleutério. Reforma do Estado: a via do parlamento. In: FLEURY Sonia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 69.

de que pela primeira vez na história as Conferências de Saúde puderam reunir uma ampla participação da sociedade civil na formulação das políticas nacionais de Saúde.⁴⁵

Com o advento da Constituição Federal, as Conferências e os Conselhos de Saúde⁴⁶ passariam a ser compostos por integrantes de vários setores da sociedade. Essas estruturas foram incumbidas de avaliar o funcionamento do Sistema Parcial da Saúde. Além disso, seriam responsáveis por identificar quais informações poderiam auxiliar na construção das diretrizes que iriam nortear as políticas públicas da área. Por sua vez, os Conselhos de Saúde seriam estruturados como órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, sendo que sua composição abrangeria representantes governamentais, prestadores de serviços, profissionais e usuários do sistema da saúde.

Importante salientar que o legislador não teve o condão de substituir o controle social exercido pelos movimentos sociais da sociedade organizada, bem como aquele exercido pelos partidos políticos, pelos sindicatos, pela defesa do consumidor, dentre outros. Nesse sentido, segundo o Conselho Nacional de Saúde (CNS),⁴⁷ a Conferência da Saúde e os Conselhos de Saúde foram conquistas oriundas das mobilizações sociais e democráticas ocorridas nos anos oitenta e legitimadas nos anos noventa pelas leis 8.080/90 e 8.142/90.

Esses órgãos estão presentes em todas as esferas do governo, seja na União, nos estados e em cada um dos municípios da Federação, fazem parte da estrutura organizativa do Poder Executivo (Sistema Parcial da Política). Sua composição tem como caracterizada a pluralidade e a heterogeneidade que espelha a própria sociedade brasileira, cujo objetivo é de:

Assegurar a construção de um modelo assistencial baseado nos direitos de cidadania de toda a população, intersetorial, em defesa da vida e da saúde, e com acesso universal e equitativo a todos os níveis da atenção integral à saúde, da coletividade, dos grupos populacionais expostos a riscos específicos e de cada indivíduo. E tudo isso efetivado por um modelo de gestão descentralizado e participativo, que otimiza os resultados com qualidade, a custos perfeitamente viáveis para o PIB e para os orçamentos públicos.

Atento a esse propósito específico, os Conselhos e a Conferência de Saúde foram sendo (re)organizados com o propósito de estarem blindados a pressões ou tendências de grupos específicos da sociedade, ou mesmo, de governos que possam desviá-los de suas finalidades precípuas. Assim sendo, o controle social, a ser exercido por esses órgãos, tem como incumbência acompanhar a situação da saúde da população, analisando os riscos a que

⁴⁵ SANTOS, Lenir. O poder regulador do Estado sobre as ações e os serviços de saúde. In: FLEURY Sonia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 255.

⁴⁶ Os Conselhos de Saúde estão previstos no art. 198, III da Constituição Federal e, de forma infraconstitucional, estão previstos na Lei 8.142/90. As Conferências de Saúde, também previstas pela Lei 8.142/90, deverão reunir-se a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

⁴⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 26.

ela está exposta. Além disso, deve analisar as prioridades de intervenção e promoção da saúde, a formulação de diretrizes e estratégias de saúde, além de acompanhar o cumprimento das metas orçamentárias dos governos na área da saúde.

A 9ª Conferência de Saúde foi realizada no ano de 1992, sob essa nova diretriz legal. O tema central da Conferência era: “Municipalização é o caminho”⁴⁸. Por sua vez, o controle social figurava como tema secundário da conferência, no entanto, para que se concretize:

É importante que os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e as soluções para que as questões de saúde, numa perspectiva transformadora. A participação, independente de sua forma, deve se dar como uma prática que busque a transformação da estrutura social. Nesse sentido, é inegável a importância da participação dos sindicatos, partidos políticos e demais organizações populares na luta por essas transformações. A preservação da autonomia e independência dos movimentos sociais é fundamental para evitar a sua instrumentalização. O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais, e sim refletir-se no real poder da população em modificar planos e políticas, não só no campo da Saúde.⁴⁹

A realidade da Saúde Pública encontra-se em permanente mudança e evolução. Em decorrência disso, a Conferência de Saúde opera seu sistema de filtros com maior eficiência, quando analisa as informações trazidas por segmentos variados da sociedade (ambiente). Desse modo, a participação da sociedade civil organizada permite auxiliar o sistema a potencializar essas informações, conseqüentemente, permitindo a (re)construção da Saúde Pública Brasileira.

Na cronologia das legislações que nos interessam para a análise do controle social, é importante salientar a Lei de Improbidade Administrativa (Lei 8.429/92). A referida legislação lista as ações que são consideradas crimes. Dessa forma, o controle social poderá comunicar para o Sistema Parcial do Direito a ocorrência de crimes contra o patrimônio da Administração Pública. De posse dessas informações, todos os agentes públicos estão sujeitos ao monitoramento a ser realizado pelo controle social.

Ainda na década de noventa, uma nova (re)organização do Sistema Parcial da Política acaba por desencadear um processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde. Para tal finalidade, foram editadas várias Normas Operacionais Básicas (NOB/SUS). Dentre elas, a 01/93⁵⁰ carrega as diretrizes que haviam sido aprovadas na IX Conferência Nacional de

⁴⁸ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

⁴⁹ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.

⁵⁰ Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993, a qual estabelece as normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações de saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 20 jun. 2016.

Saúde, demonstrando, dessa forma, a capacidade desse sistema de filtros em captar e potencializar as informações de saúde que circulam pelo ambiente.

O controle social irá ser beneficiado por outra legislação, pela Lei 8.689/93 é criado o Sistema Nacional de Auditoria do SUS. Essa estrutura descentralizada de controle permite que o exercício do controle passe a contemplar uma avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde (SUS). Por sua vez, com a edição da Norma de Operação Básica (NOB-SUS/96) houve a consolidação da municipalização do SUS, elencando o município como gestor do sistema⁵¹. Nessa nova concepção, cada vez mais o Sistema Parcial da Política pode se abastecer das informações captadas pelos filtros do controle social.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde foi convocada pelo Decreto de n.º 1.727 de 04/12/1995, realizada de 02 a 06 de setembro de 1996. Dentre os temas em discussão na Conferência, um referia-se ao controle social na saúde. Nela, pode-se observar que o sistema buscava direcionar seus filtros de forma diversificada. Em vista disso, pois, propunha:

Estimular a participação dos usuários em todos os níveis do SUS, promovendo formas participativas de planejamento e gestão, visando a estabelecer prioridades de acordo com as necessidades da população, que deverá ser consultada sobre a implantação de programas, unidades e serviços de saúde.⁵²

Outro fato a salientar no contexto do controle social é a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por meio da Lei 9.782/99. Essa estrutura governamental organiza uma forma inovadora na captação de informações oriundas do ambiente. Isso ocorre na medida em que é criado no *website* um canal comunicativo entre os beneficiários das políticas públicas de saúde e o Sistema Parcial da Política. Além desses, podemos citar outros canais comunicativos, dentre eles: Audiências Públicas; Câmaras Setoriais; Câmaras Técnicas; Conselhos Consultivos; Consulta Pública; Ouvidoria⁵³ e, o Programa Visa Mobiliza.⁵⁴

O tema do controle social voltou a ser discutido na 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 2000. Nela, os participantes da Conferência indicaram a necessidade de estimular instrumentos de articulação e ampliação de espaços de controle social. “Essa iniciativa viabilizaria a formulação de estratégias diferenciadas e mais amplas

⁵¹ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2011. p. 20-21.

⁵² CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. p. 41.

⁵³ BALBINOT, Rachele A. A. A participação social na agência nacional de vigilância sanitária. In: AITH, Fernando et al. (Org.). **Direito sanitário: saúde e direito, um diálogo possível**. 1. ed. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/MG, 2010. v. 1, p. 250.

⁵⁴ *Website* do programa. AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/Institucional/anvisa/sociedade/mobiliza/index.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

para questões específicas de grupos vulneráveis [...] (índios, mulheres, negros, crianças, idosos, portadores de patologias específicas e portadores de deficiência, etc.)”⁵⁵. Evidente a preocupação em demonstrar a importância do controle social a ser exercido por eles.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 2003, seu tema principal era a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com dez eixos temáticos, contou com a presença de mais de quatro mil pessoas. Essa foi precedida de 3.100 conferências municipais e 27 estaduais. Do relatório final, é possível observar, mais uma vez, a intenção de direcionar os filtros do controle social para que estes pudessem selecionar informações oriundas de todas as áreas envolvidas com a Saúde Pública.⁵⁶

Com a edição do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS n. 399/06), um movimento de mudança na área da saúde pode ser visualizado. A referida portaria não tinha característica de norma operacional, mas sim um pacto que articulava três eixos: O Pacto pela Vida, o Pacto em defesa do SUS, e o Pacto de Gestão. Os gestores do Sistema Único de Saúde que aderissem ao pacto pela saúde, passavam a assumir o compromisso, dentre outros, de estabelecer espaços e mecanismos para o exercício do controle social, além de fortalecer as experiências já acumuladas, possibilitando assim a efetiva participação da sociedade civil organizada no controle do sistema da saúde.⁵⁷

Em 2007 realizou-se a 13ª Conferência Nacional de Saúde, destacando a proposta discutida de aprimoramento dos filtros do controle social por meio da “criação de uma rede de comunicação entre os conselhos de saúde”⁵⁸. A penúltima Conferência Nacional de Saúde (14ª) foi realizada em 2011. Das propostas aprovadas, uma dispunha a “articulação com o controle social nos municípios e que o Conselho Nacional de Saúde monitore as políticas de saúde em todas as esferas [...]”⁵⁹. A referida proposta teve como fulcro melhorar a eficiência do sistema de filtros das estruturas de controle social.

Por fim, o documento orientador da 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015) igualmente contempla a pauta do controle social como uma das discussões travadas por aqueles segmentos da sociedade que estavam participando daquela Conferência. Nesse sentido:

⁵⁵ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

⁵⁶ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 35. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

⁵⁷ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2011. p. 25-29.

⁵⁸ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 13., 2008, Brasília, DF. **Relatório final**: saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. p. 160.

⁵⁹ CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 14., 2012. Brasília, DF. **Relatório final**: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. p. 21.

As prioridades aprovadas na 15ª CNS, que comporão a agenda dos próximos quatro anos definirão o campo de atuação do controle social na saúde, deverão ser monitoradas em todas as instâncias de gestão. Vale ressaltar que, por meio das conferências de saúde, a população pode promover mudanças e melhorar o Sistema Único de Saúde, a começar pela realidade local.⁶⁰

É importante salientar que o controle social na saúde sempre esteve em pauta nos debates dessas Conferências. Para isso, seu sistema de filtros foi sendo direcionado para aquelas informações filtradas do ambiente pelos diversos participantes desse debate, dentre eles, os movimentos de moradores das grandes cidades, estudantes, profissionais de saúde, professores universitários e funcionários públicos. Nesse sentido, o interesse do Sistema Parcial da Política nesse sistema de filtros refletiu na composição do Conselho Nacional de Saúde, no qual, hoje, metade dos conselheiros (24) tem sua origem nos movimentos sociais.⁶¹

Embora as Conferências tenham exercido importante função como sistemas de filtros igualmente podem observar que esse mesmo sistema pode ser encontrado nos Conselhos de Saúde. De início, a estrutura era composta apenas pelo Conselho Nacional de Saúde, o qual havia sido instituído pela Lei 378, de 13/01/1937 e suas funções atendiam somente a interesses internos do Ministério. Sua função foi alterada com o Decreto n.º 847, de 05/04/1962, que lhe atribuiu uma função consultiva, cujo objetivo era “assistir o ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta”.⁶² Para tal finalidade, esse conselho necessitava aprimorar seu sistema de filtros, para que fossem eficientes na seleção e potencialização de informações referentes à saúde, que pudessem auxiliar o sistema a decidir as ações a serem tomadas por essa pasta governamental.

No entanto, com a aprovação da Lei de n.º 8080/90⁶³, a configuração dos Conselhos é alterada de modo radical, principalmente quando eleva a participação da sociedade (art. 7º, inciso VIII) como um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Outra novidade da referida legislação é a criação de Comissões Intersetoriais (art. 12º), subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, cuja função seria a de articulação de políticas de interesse para a área da saúde. Entretanto, é na Lei 8142/90⁶⁴ que o sistema organiza a participação social em instâncias colegiadas de todas as esferas de governo.

⁶⁰ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Documento orientador de apoio aos debates da 15ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 15 maio 2015. p. 2. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_15cns/docs/05mai15_Documento_Orientador_15CNS.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2016.

⁶¹ CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Composição**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/composicao.htm>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

⁶² Art. 1º. BRASIL. Senado Federal. **Decreto nº 847, de 5 de abril de 1962**. Aprova o Regimento do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Disponível em: http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=847&tipo_norma=DCM&data=19620405&link=s. Acesso em: 22 jun. 2016.

⁶³ 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 22 jun. 2016.

⁶⁴ 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

De fato, o sistema de filtros dos Conselhos pode ser direcionado para vários segmentos da sociedade (ambiente). Diante disso, pois, a composição dos Conselhos contempla os representantes do próprio governo, mas também, por representantes de prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários (estes últimos com participação paritária). Atualmente existem 5541 Conselhos cadastrados de um total de 5659 previstos (um nacional + 27 estaduais + 5631 municipais).⁶⁵

Muito embora o Sistema Parcial da Política tenha organizado esse sistema de filtros em 98,40%⁶⁶ do território brasileiro, é importante salientar que o mapeamento completo, ainda que mais abrangente, não significaria que as políticas públicas para o setor tivessem garantia de efetividade, visto que essa é uma função de gestão desse sistema. Todavia, as informações selecionadas e colhidas do ambiente da sociedade poderiam irritá-lo com novas informações sobre a saúde local (aumento da complexidade interna do sistema), o que faria, de forma paradoxal, por aumentar a probabilidade de o sistema realizar a melhor escolha.

Nesse sentido, precisamos compreender que a gestão de políticas públicas é um processo complexo, exige-se a administrar infinitas possibilidades e, simultaneamente, agir para construir e transformar o futuro. Este não há como garanti-lo, quanto muito, podemos arquiteta-lo por meio de ações orientadas por estratégias adequadas. Por isso, idealizar o futuro é processo que necessita lidar com incertezas, haja vista as inúmeras possibilidades de intervenção. A rapidez e a profundidade das transformações contemporâneas ampliam ainda mais as incertezas e tornam cada vez mais complexo para o Sistema Parcial da Política tomar uma decisão.

Além disso, os diferentes olhares dos atores sobre a realidade fazem com que a análise da situação sobre a qual se deseja intervir também apresente diferença. A 'situação' é sempre a apreciação da realidade feita por um determinado ator, correspondendo ao seu ponto de vista, à sua visão dos problemas e de suas interações, ao recorte espacial e temporal que mais lhe interessa. Mas, é importante ter a clareza de que o ator que a enuncia coexiste com outros atores que também intervêm na realidade, têm recursos de poder, e que nem todos estão presentes nos conselhos de saúde. Lidar com essa complexidade é o espaço cotidiano dos conselhos de saúde. Daí a importância de ter clara a direção que se deseja imprimir a ação. [...] Essa imagem-objeto – que mais nada é do que a situação que se deseja alcançar no futuro – será o guia, que orientará a identificação das estratégias e ações mais adequadas, no curto, no médio e no longo prazo.⁶⁷

da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 22 jun. 2016.

⁶⁵ Dados extraídos. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Demonstrativo**. Brasília, DF, 5 maio 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/demonstrativo.html>. Acesso em: 22 jun. 2016.

⁶⁶ Os últimos dados do Ministério da Saúde apontam que 67% dos Conselhos de Saúde ainda não cumprem a resolução 333 do CNS que define as diretrizes de criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos.

⁶⁷ BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As conferências nacionais de saúde: evolução e perspectivas**. Brasília, DF: CONASS, 2009. p. 36.

É certo que cabe ao Sistema Parcial da Política decidir onde, ou mesmo, quais as políticas públicas de saúde devem ser efetivadas. Mudanças nesses processos de decisão dependem de irritações comoventes e generalizáveis, melhor dizendo, essas informações precisam ser selecionadas do ambiente e enviadas para esse sistema. Por sua vez, o referido sistema precisará compreender o que foi comunicado, para que essa informação seja processada, assim, apta a ser selecionada. O sistema de filtros do controle social poderá auxiliar o sistema nesse processo.

Carvalho considera que a organização no interior do sistema estatal (Sistema Parcial da Política) desse sistema de filtros é um dos feitos de maior notoriedade da Reforma Sanitária. Desse processo, observamos a centralidade que o controle social adquiriu para os sistemas parciais da sociedade. Isso, pois, nesse modelo teórico, os sistemas podem se beneficiar da capacidade seletiva de informações que se valem de um

Sistema de filtros ou sensores que, agindo no interior do aparelho estatal, teriam a função de identificar e classificar as demandas ou *inputs*, segundo seu caráter mais ou menos compatível com a lógica dominante, selecionando assim aquilo que deve ou não ser objeto de políticas públicas.⁶⁸

Diante dessa nova concepção teórica, surgem igualmente novos problemas de formulação, variação e controle desse processo. Para Luhmann, grande parte desse controle poderia, ao menos como modelo teórico, utilizar-se da estrutura do Sistema Parcial do Direito, no entanto, não poderíamos adaptá-la como estrutura desta, uma vez que os sistemas parciais da sociedade operam funcionalmente diferente. Para exemplificar, citamos o possível aproveitamento do conhecimento de um juiz que pudesse fazer parte de um Conselho de Saúde, mas seria tolo querer adaptar estruturalmente o sistema do Conselho a esse mesmo fato.⁶⁹

Segundo o entendimento de Carvalho, esse novo modelo de controle social não pode mais ser analisado como instrumento externo cuja finalidade é controlar o Estado. Mas sim como uma (re)organização do Sistema Parcial da Política, que funciona como um sistema de filtros capaz de selecionar informações do ambiente, ou mesmo, captar alterações nos padrões de seletividade das expectativas relacionadas ao tema da saúde. Esse processo provoca um deslocamento no padrão de seletividade, “no sentido de maior permeabilidade às demandas de setores até então não contemplados”.⁷⁰

CONCLUSÃO

⁶⁸ CARVALHO, Antonio Ivo de. Conselho de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY Sonia (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 98.

⁶⁹ LUHMANN, Niklas. **Sociologia do direito II**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985. p. 86.

⁷⁰ CARVALHO, Antonio Ivo de. Conselho de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY Sonia (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 100.

É chegado o tempo de afirmarmos de forma clara se a participação e o controle social detém potencial seletivo e comunicativo de fluxos comunicacionais em saúde e se a operação comunicativa desempenhada por eles pode cooperar para que os sistemas parciais da sociedade sejam irritados com informações que lhe permitam ter maiores probabilidades de fazer a escolha mais apropriada (decisão), a fim de garantir e efetivar o direito fundamental à saúde no Brasil?

Concluimos que os sistemas parciais da sociedade não podem obter informações diretamente do seu entorno (ambiente do sistema), no entanto, sofrem irritações advindas daquele ambiente da sociedade. Nesse sentido, procuramos demonstrar que esses fluxos comunicacionais que circulam, ou mesmo, encontram-se no ambiente da sociedade carregando as expectativas de saúde são muitos, para não dizer infinitos. Nesse contexto, justifica-se a função operativa e comunicativa a ser operada por eles.

Como dito, observa-se no mundo dos fatos que os sistemas parciais não dispõem de condições para conhecer todas as demandas da população (saúde), mesmo que as conhecesse, provavelmente não teria ele condições de satisfazê-las na sua totalidade, conforme previsto constitucionalmente. De fato, a efetivação plena e irrestrita da saúde como direito fundamental não depende única e exclusivamente das garantias constitucionais, afinal tal constitucionalização existe e nem por isso é cumprida.

Todavia, seguindo pelos pressupostos dessa teoria, concluimos que embora o sistema não possa operar no ambiente, este é capaz de irritá-los, quando os fluxos comunicacionais advindos do ambiente (clamor por atendimento médico, ou mesmo, por medicamentos) chegam até os sistemas na forma de informação.

Por conseguinte, o controle social pode desempenhar a operação que consiste em selecionar do ambiente os fluxos comunicacionais por meio de seus filtros e sintetizá-los a ponto de ocorrer a condensação desses em opiniões públicas enfeixadas em temas específicos. A partir de uma operação comunicativa os sistemas parciais da sociedade, sensíveis ao tema da saúde, poderiam processar as referidas informações por meio de seu código especializado e, com isso, teriam maior probabilidade de acerto ao realizar a escolha (seleção) de qual ação iria ser posta em prática para efetivar o direito à saúde.

Concluimos ainda, que se o Sistema Parcial da Política não conseguir efetivar o direito fundamental à saúde da população, conforme prescrito constitucionalmente, caberá ao Sistema Parcial do Direito, desde que instigado, o exercício de tal função de correção das desigualdades sociais. Assim, uma vez enviada para esse sistema e sendo aceita por ele, o forçaria a tomar uma decisão no sentido de efetivar o direito fundamental à saúde.

REFERÊNCIAS

- BAECKER, Dirk ? Por qué una teoría de sistemas? In: GÓMEZ-JARA DÍEZ, Carlos (Ed.). **Teoría de sistemas y derecho penal: fundamentos y posibilidad de aplicación**. Lima: ARA Editores, 2007. p. 23-41
- BRASIL. **Decreto nº 6.788, de 30 de Janeiro de 1941**. Convoca à 1ª Conferência Nacional de Educação e a 1ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-6788-30-janeiro-1941-331348-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 16 jun. 2016.
- BRASIL. **Decreto nº 8.243, de 23 de maio de 2014**. Institui a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social - SNPS, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Decreto/D8243.htm>. Acesso em: 10 ago. 2016.
- BRASIL. **Lei nº 378 de 13 de janeiro de 1937**. Dá nova, organização ao Ministério da Educação e Saude Publica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1930-1949/L0378.htm>. Acesso em: 30 ago. 2016.
- BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Unidade IV – Controle social**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS**. Brasília, DF, 2002.bravo
- BRAVO, Maria Ines Souza; CORREIA, Maria Valéria Costa. Desafios do controle social na atualidade. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 109, p. 126-150, jan./mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282012000100008&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 jul. 2016.
- CARVALHO, Antonio Ivo de. Conselho de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY Sonia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 3., 1963, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: 1963. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_3.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2016.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 5., Brasília, DF, 1975. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1975. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_5.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, 1980. Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2016.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2016.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10., 1996, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 13., 2008, Brasília, DF. **Relatório final**: saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 14., 2012. Brasília, DF. **Relatório final**: todos usam o SUS: SUS na seguridade social: política pública, patrimônio do povo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 14., Brasília, DF. **Histórias das Conferências de Saúde**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/14cns/historias.html>>. Acesso em: 16 jun. 2016.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **As conferências nacionais de saúde**: evolução e perspectivas. Brasília, DF: CONASS, 2009. (CONASS Documenta; 18). Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2016.
- CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que controle social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- CREVELIM, Maria Angélica; PEDUZZI, Marina. Participação da comunidade na equipe de saúde da família: é possível estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 326. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000200010>. Acesso em: 04 jul. 2016.
- D'ANGELOSANTE, Melania. **Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Itália**. Itália: Maggioli Editore, 2015.
- DURKHEIM, Émile. **Lições de sociologia**. Tradução Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, Celats, 1988.
- LUHMANN, Niklas. **Sociologia do direito II**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985.
- PIMENTA, Aparecida Linhares. O SUS e a municipalização à luz da experiência concreta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 25-40, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901993000100004>. Acesso em: 04 jul. 2016.
- SILVA, Alessandra Ximenes; CRUZ, Eliane Aparecida; MELO, Verbena. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 683-688, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000300018>. Acesso em: 04 jul. 2016.
- TANAKA, Osvaldo Yoshimi et al. Gerenciamento do setor da saúde na década de 80, no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 185-194, 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101992000300010>. Acesso em: 04 jul. 2016.
- WENDHAUSEN, Águeda. **O duplo sentido do controle social**: (des)caminhos da participação em saúde. Itajaí: Ed. Univali, 2002.