VI ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI - COSTA RICA

CONSTITUCIONALISMO DEMOCRÁTICO E O NOVO CONSTITUCIONALISMO LATINO AMERICANO

FLÁVIO COUTO BERNARDES

MARCO ANTÔNIO CÉSAR VILLATORE

RAYMUNDO JULIANO FEITOSA

Copyright © 2017 Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito

Todos os direitos reservados e protegidos.
Nenhuma parte deste anal poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI
Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP
Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS
Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM
Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN
Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP
Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC
Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:
Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH
Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR
Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Naspolini Sanches – UNINOVE
Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)
Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:
Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP
Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF
Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDi
Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC
Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG
Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP
Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR
Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA
Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

C756

Constitucionalismo democrático e o Novo Constitucionalismo Latino Americano [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI/UNA/UCR/IIDH/IDD/UFPB/UFG/Unilasalle/UNHwN;

Coordenadores: Flávio Couto Bernardes, Marco Antônio César Villatore, Raymundo Juliano Feitosa – Florianópolis: CONPEDI, 2017.

Inclui bibliografia
ISBN: 978-85-5505-386-3
Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações
Tema: Direitos Humanos, Constitucionalismo e Democracia no mundo contemporâneo.

1.Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Internacionais. 2. Constitucional. 3. Democracia. 4. América Latina. I. Encontro Internacional do CONPEDI (6. : 2017 : San José, CRC).

CDU: 34

Universidad Nacional de Costa Rica
Heredia – Costa Rica
www.una.ac.cr

Conselho Nacional de Pesquisa
e Pós-Graduação em Direito
Florianópolis – Santa Catarina – Brasil
www.conpedi.org.br

Universidad de Costa Rica
San José – Costa Rica
https://www.ucr.ac.cr

VI ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI - COSTA RICA

CONSTITUCIONALISMO DEMOCRÁTICO E O NOVO CONSTITUCIONALISMO LATINO AMERICANO

Apresentação

Apraz-nos apresentar os dezesseis trabalhos selecionados para publicação no Grupo de Trabalho "Constitucionalismo democrático e o Novo Constitucionalismo Latino Americano I" dentro Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI), no VI ENCONTRO INTERNACIONAL DO CONPEDI - COSTA RICA, nas Universidad Nacional - Costa Rica (UNA) e Universidad de Costa Rica - Sede Occidente (UCR), nas cidades de Heredia, San José e San Ramón, Costa Rica, entre os dias 23, 24 e 25 de maio de 2017, tendo como tema principal do evento "Direitos Humanos, Constitucionalismo e Democracia na América Latina e Caribe".

As apresentações orais dos dezesseis trabalhos selecionados acima foram realizadas entre a tarde e o início da noite no bloco de Direito da Universidad Nacional - Costa Rica (UNA), na cidade de San José, Capital da Costa Rica, no dia 23 de maio de 2017, sendo dividido, a cada cinco exposições orais, um debate entre os presentes, Professores e Doutorandos em Direito, das mais variadas regiões do Brasil quanto da Costa Rica.

Os títulos dos trabalhos foram bem diversificados, conforme indicado no item 2 das temáticas possíveis, previsto no edital do supracitado CONPEDI INTERNACIONAL, abrangendo "Constitucionalismo e Democracia na América Latina e Caribe. O Novo Constitucionalismo Latino-Americano. Fundamentos, garantias e controle constitucional. Constitucionalismo transformador: sujeitos, direitos, territórios, cosmovisões, estado e sistemas políticos. Subjetividade: indivíduos, povos, nacionalidades e natureza. Territorialidades específicas. Biocentrismo. Vivir bien e Buen vivir. Plurinacionalidade e interculturalidade. Participação, poder popular, função eleitoral e democracia comunitária. Estado e economia. Povos indígenas. Diferenças étnicas, raciais, sexuais e de gênero. Interpretação constitucional. Sistemas de justiça, jurisdição e justiça indígena. Cultura, identidade, conhecimento e memória. Integração e desintegração na América Latina e Caribe. Desafios jurídicos e políticos da democracia e do direito na América Latina e Caribe".

Importante é a análise de temas tão complexos e ao mesmo tempo atualíssimos, quando a Democracia é questionada em muitos países, o mesmo ocorrendo com a experiência da América Latina e do Caribe.

Direito, política e democracia jamais podem existir separados, e este Grupo de

Trabalho demonstrou a necessidade de atenção de todos os que desejam uma sociedade sadia e segura.

Convidamos a todos, portanto, para uma ótima leitura, que certamente gerará as mais variadas reflexões.

San José, Costa Rica, 06 de maio de 2017.

Coordenação:

Prof. Dr. Flávio Couto Bernardes - Universidade Federal de Minas Gerais

Prof. Dr. Marco Antônio César Villatore - Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa - Universidade Católica de Pernambuco

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL: A REDE DE FILTROS CAPACITADOS PARA SELECIONAR FLUXOS COMUNICATIVOS EM SAÚDE E ENVIÁ-LOS PARA IRRITAR OS SISTEMAS PARCIAIS APTOS A DAR EFETIVIDADE A ESSE DIREITO FUNDAMENTAL

PARTICIPATION AND SOCIAL CONTROL: FILTERS ABLE TO SELECT FROM THE ENVIRONMENT COMMUNICATIVE FLOWS IN HEALTH AND SEND THEM TO IRRITATE THE SYSTEMS CAPABLE OF EFFECT TO THE RIGHT TO HEALTH

Adriano Tacca
Leonel Severo Rocha

Resumo

Neste trabalho nos ocuparemos com o potencial comunicativo operado pela participação e controle social e a contribuição desta operação para efetivar o direito fundamental à saúde. Quando irritados comunicativamente os sistemas parciais da sociedade majoram a complexidade, aumentando as probabilidades de realizar a escolha mais adequada para efetivar esse direito fundamental. O método é o sistêmico de matriz Luhmanniana. Trataremos da polissemia de conceitos, da definição conceitual da participação e controle social e da capacidade operativa dessa rede de filtros apta a irritar os sistemas parciais responsáveis por dar efetividade ao direito à saúde

Palavras-chave: Participação, Controle social, Direito fundamental à saúde, Sistemas parciais da sociedade, Teoria sistêmica

Abstract/Resumen/Résumé

In this work we will deal with the communicative potential operated by the participation and social control and the contribution of this operation to effect the right to health. When communicatively irritated the partial systems increase complexity, increasing the chances of making the most adequate choice to realize this fundamental right. The method is the systemic Luhmannian matrix. We will deal with the polysemy of concepts, the conceptual definition of social participation and control, and the operational capacity of this filter network capable of irritating the partial systems responsible for giving effect to the right to health as provided

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Participation, Social control, Fundamental right to health, Partial systems of the company, Systemic theory

INTRODUÇÃO

O atual estágio da sociedade tem como uma de suas características a complexidade e a contingência. Os fundamentos da Teoria Sistêmica de matriz Luhmanniana[1] contemplam a referida complexidade como um ponto nuclear de sua reflexão, isso, pois, "los sistemas median entre la escasa capacidad del hombre para elaborar sus vivencias conscientemente y la extrema complejidad del mundo" (LUHMANN, 2006. p. XI).

Para Rocha (2005), a referida teoria procura explicar a sociedade como um Sistema Social. Esse sistema é composto por Sistemas Parciais da Sociedade (Economia, Saúde, Política, Direito, entre outros). Nesse sentido, comporta a análise da realidade levando-se em conta a construção de comunicações diante de uma conjuntura de uma sociedade complexa. Isso, ocorre, pois, "não é possível nenhuma produção de identidade, nenhuma produção de linguagem, que não seja no interior de uma sociedade. Tudo está dentro da sociedade" (ROCHA, 2009. p. 19).

Campilongo (2011), na mesma linha de raciocínio, igualmente mantém o mesmo posicionamento ao afirmar que os sistemas sociais das sociedades modernas são funcionalmente diferenciados em diversos sistemas parciais, a exemplo do Sistema Parcial da Política, do Sistema Parcial do Direito, do Sistema Parcial da Saúde, dentre outros. Cada Sistema Parcial da Sociedade atua com o seu código específico e binário em suas operações específicas de reprodução de comunicações.

Assim, 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 acessíveis e compreensíveis por eles. Essa operação transcorre por intermédio de um processo sistêmico interno de distinção/diferenciação. De fato, os fluxos comunicacionais exercem função essencial na irritabilidade dos diversos Sistemas Parciais da Sociedade que detêm condições de decidir (contribuir) a favor da efetivação dos direitos fundamentais (saúde).

Com esse propósito, pretendemos investigar de que forma a participação social pode contribuir, ou mesmo, auxiliar os sistemas parciais da sociedade a filtrar/selecionar informações que circulam pelo ambiente da sociedade, bem como quais sistemas podem ter acesso, ou mesmo, compreender ou se utilizar das informações selecionadas por esse

[1] Uma compreensão mais aprofundada da Teoria Sistêmica de matriz Luhmanniana pode ser adquirida visitando-se as inúmeras obras do autor Niklas Luhmann. Dentre elas, sugerimos "La Sociedad de la Sociedad" e "Complejidad y Modernidad".

sistema de filtros como opção decisional do sistema apto a contribuir a favor da efetivação dos direitos fundamentais da população.

É, ainda, objetivo trazer a contenda o tema do controle social, cuja relevância mostrar-se-á de fundamental acuidade para que se possa analisar como os sistemas parciais da sociedade dele podem se utilizar para a função de selecionar informações presentes no ambiente da sociedade. Isso se deve, em grande medida, pela análise da funcionalidade sistêmica que o controle social pode operar, ou seja, atuando como um sistema de "filtros, capaz de operar alterações nos padrões de seletividade de demandas" (CARVALHO,1997. p. 99), que são encontradas no ambiente da sociedade, ou mesmo, para operar essa seletividade com relação às expectativas atinentes aos direitos fundamentais dos cidadãos.

A PARTICIPAÇÃO E O CONTROLE OU SOCIAL: A polissemia de conceitos

> Todo control es acto de comunicación y sólo puede tener éxito en la medida en que la comunicación tiene éxito. (BAECKER, 2007. p. 23).

A tentativa a seguir 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 as expressões 'participação/controle social' tem sido empregada de forma distinta pela doutrina especializada.

Temos então, por um lado, que o conceito de "participação social" se caracteriza pela troca da categoria comunidade ou povo, em seu lugar elegendo a sociedade como uma categoria central. Para um grupo de doutrinadores, o conceito de participação social "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" (CREVELIM, 2005. p. 326).

Por seu turno, Wendhausen (2002) refere-se que 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. (WENDHAUSEN, 2002. p. 179)

O certo é que o interesse pelo tema tem se intensificado com as transformações ocorridas na relação entre o Estado e a Sociedade, mais precisamente durante a década de oitenta, quando foram sendo 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" (SILVA, 2007. p.684).

Por sua vez, ao longo da história, o termo "Controle Social" igualmente foi utilizado em contextos que correspondem a distintos entendimentos, ou mesmo, definições que variavam de acordo com as múltiplas formas de compreensão entre a relação do Estado e a Sociedade e suas diversas maneiras de intervir nessa relação.

De início, o termo guardou relação com as atuações voltadas para o controle que o Estado exercia sobre a população (WENDHAUSEN, 2002), ou mesmo, com relação aos mecanismos que o Estado utilizava, ou então, tinha a sua disposição para controlar a sociedade (CARVALHO, 1995).

Esse mesmo ponto de vista pode ser conferido quando se analisa Durkheim (2002). Para este autor, o controle social tem o formato de uma ferramenta legitimadora do Estado em seu papel controlador, cujo objetivo é garantir a ordem e a integração social. Outros doutrinadores mantém posicionamento idêntico, ao ressaltarem 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" (IAMAMOTO, 1988, p. 109).

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 Estado (BRASIL, 2003).

Na concepção de Costa (2012), essa nova visão do controle social no seio da sociedade pátria teve início por intermédio das 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 (BRAVO, 2012).

Ao final daquela década, ainda sob o comandado pelos militares, teve como característica marcante o exaurimento do fenômeno denominado "milagre econômico"[2]. Aliado a isso, o país convivia com o agravamento das crises na área econômica e social. Outra particularidade desse período foi caracterizada pela abertura Política do país. Por conseguinte, possibilitou-se emergirem novos movimentos populares e sindicais que pleiteavam a possibilidade da sociedade interferir na gestão das políticas públicas do Estado (CORREIA, 2000).

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 reinvindicações daqueles grupos e a reconhecê-los como interlocutores das demandas oriundas da população (CORREIA, 2000).

A HISTORICIDADE DA PARTICIPAÇÃO E DO CONTROLE SOCIAL NO BRASIL

Embora a noção de controle social que hoje reconhecemos tenha sido legitimada no Brasil, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, salienta-se que as primeiras experiências de participação/controle social em nosso país tiveram início num período anterior a este, o qual pode ser datado do início do século passado. O resgate desse processo de participação/controle 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 IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões - . (PONTE, 2016).

De fato, na esteira de uma visão em que a participação/controle social tivesse a intenção de atuar como um mecanismo pelo qual a população pudesse almejar o controle das ações do Estado, o referido segmento de sindicatos urbanos que constituíram os IAPs, podem ser alçados como sendo os responsáveis pelo embrião desse fenômeno em nosso país (BRASIL, 2003).

[2] No governo Médici fora implantado no Brasil uma política econômica que objetivava o crescimento acelerado da economia. Houve um crescente de capital estrangeiro sendo investido no país. Devido a expectativa criada, foi denominado de "Milagre Econômico". No entanto, com a crise do petróleo em meados da década de setenta, os efeitos desta chegaram ao Brasil. Com isso, foram sendo diminuídos os investimentos estrangeiros e a balança comercial ficou negativa. Consequentemente, houve o aumento da inflação e uma diminuição drástica do consumo interno, instalando-se uma crise financeira no país (VELOSO, 2008).

Mais tarde, outras atividades de participação/controle social do Estado foram sendo experimentados por outros atores da nossa 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 reinvindicações específicas, inclusive serviços de saúde, direcionadas principalmente às prefeituras municipais (BRASIL, 2003, p. 25).

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 Paulo, dos conselhos populares do orçamento de Osasco e da Assembleia do Povo de Campinas (CORREIA, 2000).

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" brasileiro (CARVALHO, 1997, p. 93). Esse movimento, mais tarde viria novamente atestar a relação ocorrida entre o social e o político na agenda da Reforma Sanitária Brasileira.

Na área da saúde pública, outras irritações comunicativas forçaram o Sistema Parcial da Política a aprimorar as formas de participação/controle 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 referido plano dispunha sobre a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde (posteriormente Ações Integradas em Saúde). Por intermédio dessa (re)organização é que o Sistema Parcial da Política, iniciou a transferência para outros atores governamentais, de encargos e recursos para o custeio de serviços de saúde pública. Em vista disso, além da desconcentração da gestão dos recursos, florescia a intenção da sociedade pode controlar essas ações (PIMENTA, 1993).

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). 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" (TANAKA, 1992. p. 187).

De fato, na área da saúde pública

> 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 (BRASIL, 2009, p. 15).

Verifica-se, assim, que a modelagem da participação da sociedade cujo objetivo era de controle social sobre as ações do governo surgiriam apenas como possibilidade fática quando do processo de redemocratização do país. Bravo (2012) confirma essa argumentação quando aduz que 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 conselhos 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.

Esse 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, 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" (BRASIL, 2002. p. 24).

Igualmente, visualizamos o mesmo ponto de vista conceitual, analisando o Manual do Controle Social, disponibilizado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE)[3]. Neste, encontramos disposto que o controle social será possível apenas quando a população compreenda a "importância de participar socialmente, ou

[3] O FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – é um órgão de fomento ligado ao Ministério da Educação.

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” (BRASIL, 2007. p. 186).

Com efeito, temos que a participação democrática da população representa um avanço nas formas de controle governamental. O tema foi contemplado na Constituição Federal Brasileira de 1988, nos artigos 37 § 3°, 194, VII e 198, III. Dessa forma, o legislador constitucional contemplou diversas áreas com esse importante mecanismo de controle, dentre eles o da saúde, 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 República (WENDHAUSEN, 2002). 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 Saúde[4]; a segunda, de Conselhos de Saúde. As “Conferências e Conselhos de Saúde são hoje os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo” (BRASIL. 2009. p. 11).

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 CNS - Conselho Nacional de Saúde – (BRASIL, 2003) a Conferência da Saúde e os Conselhos de Saúde foram conquistas oriundas das

[4] 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 atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo Pais, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais”.

mobilizações sociais e democráticas ocorridas nos anos oitenta e legitimadas nos anos noventa pelas leis 8.080/90 e 8.142/90.

A OPERATIVIDADE SELETIVA DE FLUXOS COMUNICACIONAIS EM SAÚDE PRESENTES NO AMBIENTE DA SOCIEDADE

Os fluxos comunicacionais em saúde que estão presentes no ambiente da sociedade podem ser selecionados pelas Conferências de Saúde através de seus filtros. As conferências são órgãos que 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 característica 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 (MARTINS, 2012. p. 200).

Atento a esse propósito especifico, 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 pudessem 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 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.

Esse propósito, ou seja, analisarmos as prioridades de saúde da população, podem ser conferidos nos anais das Conferência de Saúde. A exemplo disso, temos a conferência realizada no ano de 1992, na qual o tema central versava sobre a “Municipalização é o caminho” (BRASIL, 1992).

Por seu turno, o controle social figurava como tema secundário da conferência, muito embora havia sido debatido durante a realização desta que era

> 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 (BRASIL, 1992. p. 26).

Tendo em vista que a realidade da Saúde Pública se encontra em permanente mudança e evolução, a Conferência de Saúde operará seu sistema de filtros com maior eficiência, quando analisa e seleciona 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, consequentemente, permitindo a (re)construção da Saúde Pública Brasileira.

Na cronologia das legislações que nos interessam para a análise do controle social na área da saúde, 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 01/93[5] carrega as diretrizes que haviam sido aprovadas na IX Conferência Nacional de Saúde, demonstrando, dessa forma, a capacidade desse sistema de filtros em captar e potencializar as informações de saúde que circulam pelo ambiente (BRASIL, 1993).

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

[5] Por intermédio da Portaria n.º 545, de 20 de maio de 1993 (Norma Operacional Básica - SUS 01/93) o governo brasileiro disciplinou as normas e os procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações que visam a promoção da saúde pública brasileira.

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 sistema (BRASIL, 2011). Nessa nova concepção, cada vez mais o Sistema Parcial da Política pode se abastecer das informações selecionadas pelos filtros do controle social.

O tema do controle social permaneceu em pauta nas demais conferências de Saúde. Dentre os temas em discussão citamos um que se referia ao controle social na saúde. De fato, pode-se observar que o sistema buscava direcionar seus filtros de forma diversificada, uma vez que 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 (BRASIL, 1996, p. 41).

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; Ouvidoria (BALBINOT, 2010) e, o Programa Visa Mobiliza[6].

O tema do controle social continuou em voga nas demais conferências realizadas. Naquela realizada no ano de 2000, 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 para questões específicas de grupos vulneráveis [...] (índios, mulheres, negros, crianças, idosos, portadores de patologias específicas e portadores de deficiência, etc.)” (BRASIL, 2000, p. 48). Evidente a preocupação em demonstrar a importância do controle social a ser exercido por eles.

Na Conferência Nacional de Saúde realizada em 2003 o tema principal era a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Com dez eixos temáticos, contou com a

[6] No *Website* do programa da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) é possível consultar este e outros canais de filtragem de informações que poderiam abastecer o sistema parcial da política com fluxos comunicacionais em saúde que demonstram as demandas e expectativas da população com relação ao seu direito à saúde, conforme preconizado pela CF/88.

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 (BRASIL, 2003).

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 (BRASIL, 2011).

Mais tarde, a calibração e direcionamentos dos filtros do controle social foram novamente retomados durante a realização da 13ª Conferência Nacional de Saúde. A nova diretriz seria implementada por meio da "criação de uma rede de comunicação entre os conselhos de saúde" (BRASIL, 2008, p. 160).

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 [...]" (BRASIL, 2012, p. 21). 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:

> 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. (BRASIL, 2015, p. 2).

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 calibrado e direcionado para aquelas informações filtradas do ambiente da sociedade 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, quanto maior a participação da sociedade, maior será o mapeamento territorial nas necessidades relacionadas com a saúde da população (BRASIL, 2016).

Contudo, outro ponto de vista pode demonstrar que esses mesmos fluxos comunicacionais em saúde que estão presentes no ambiente da sociedade igualmente podem ser selecionados através do sistema de filtros presentes nos Conselhos de Saúde. Isso decorre em grande medida, com a aprovação da Lei de n.º 8080/90[7], a configuração dos Conselhos de Saúde 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 8142/90[8] que o sistema organiza a participação social em instâncias colegiadas de todas as esferas de governo (BRASIL, 1990).

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"[9] (BRASIL, 1962). 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.

De fato, o sistema de filtros operado pelos Conselhos de Saúde pode ser calibrado e direcionados para vários segmentos da sociedade (ambiente do sistema). Diante disso, pois, a composição dos Conselhos contempla os representantes do próprio governo, mas

[7] A 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 a promoção da saúde .

[8] A 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

[9] Foi por intermédio do Decreto nº 847/62 que fora aprovado o Regimento do Conselho Nacional de Saúde.

também, por representantes de prestadores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários (estes últimos com participação paritária)[10] (BRASIL, 2017).

Muito embora o Sistema Parcial da Política tenha organizado esse sistema de filtros em 98,40%[11] 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 teriam potencial para irritá-lo com novas informações sobre a saúde local de cada município (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, seria possível arquitetá-lo por meio de ações orientadas por estratégias adequadas. Por isso, idealizar o futuro é processo que necessita lidar com incertezas e riscos, 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 (BRASIL, 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

[10] Os referidos dados foram extraídos do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Atualmente existem 5541 conselhos cadastrados de um total de 5659 previstos (um nacional + 27 estaduais + 5631 municipais).

[11] 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.

precisam ser selecionadas do ambiente e enviadas para o interior desse 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 tem potencial para auxiliar o sistema nesse processo.

Carvalho (1997) 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 (CARVALHO, 1997. P. 98.).

Diante dessa nova concepção teórica, surgem igualmente novos problemas de formulação, variação e controle desse processo. Para Luhmann (1985), 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.

Segundo o entendimento de Carvalho (1997), 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”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É chegado o momento de afirmarmos pontualmente os resultados da pesquisa ora apresentada. Para responder, inicialmente relembramos que o objetivo foi analisar sob os

fundamentos da teoria sistêmica de matriz luhmanniana o potencial operativo do sistema de filtros que se utilizam da participação e do controle social para selecionar do ambiente os fluxos comunicacionais em relação à saúde, aliado a isso, a preponderância dessa operação comunicativa para a efetivação desse direito fundamental.

Em decorrência disso, ao traçarmos, acima, o nosso objeto de pesquisa, lançamos e expomos o problema por nós levantado que indaga: Os Conselhos e as Conferências de Saúde detém potencial seletivo e comunicativo de fluxos comunicacionais em saúde que estão presentes no ambiente da sociedade?

Antes de responder ao questionamento, cabe afirmar que é por intermédio do potencial comunicativo que residem às probabilidades de avanços ou retrocessos no âmbito social. Por conseguinte, quando as comunicações não sucedem, temos como implicação o abandono dos sistemas parciais da sociedade, que, em última análise, representam uma acepção de estagnação social. Todavia, outro olhar pode demonstrar que é quando acontecem comunicações sociais que afloram as possibilidades de crescimento e desenvolvimento social.

Dito de outra forma, o desenvolvimento social na sociedade sobrevém quando as comunicações são desenvolvidas de forma constante pelos sistemas parciais da sociedade. Por decorrência disso, ou melhor dizendo, em paralelo ao crescimento das comunicações sucede o aumento da complexidade interna de cada um desses sistemas. De forma paradoxal ao aumento da complexidade sistêmica, ocorre internamente a redução dessa mesma complexidade (via uma operação denominada seleção), por conseguinte, igualmente ocorre a redução da complexidade do ambiente que cerca aquele Sistema Parcial da Sociedade.

Cabe ainda destacar, por oportuno, que um dos elementos indispensáveis para que ocorra a comunicação sistêmica é a informação. Chegamos igualmente à conclusão de que a informação no Sistema Parcial da Política é sinônimo de poder, que o poder, por sua vez, faz gerar a disputa por informação. Essa disputa pela informação transcorre de forma idêntica na sociedade atual, possibilitando com isso, que se conclua que a distribuição do poder esteja conectada ao conhecimento, acesso e controle da informação que circula pelo ambiente da sociedade.

Mas qual a importância disso para a efetividade do direito à saúde? Sabemos 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 artigo, interessamo-nos pelas irritações advindas de fluxos

comunicacionais carregados com as expectativas da população quanto ao direito fundamental à saúde.

O Sistema Parcial da Política utilizar-se-á dessas informações para se basear e decidir como serão gastos os recursos extraídos da sociedade por meio da cobrança de impostos, como serão eles distribuídos entre os diferentes grupos sociais, conforme seu peso, ou mesmo, força política. Por outro lado, a efetividade do direito fundamental à saúde da população dependerá, em grande medida, dos recursos orçamentários que serão destinados às políticas públicas a partir desse processo de decisão.

A referida lógica operativa em torno da comunicação sistêmica tem validade para todos os sistemas parciais da sociedade. Para exemplificar, no caso do Sistema Parcial da Política construir unidades básicas de saúde sem que seja considerada a distribuição da demanda por saúde, provavelmente ocorrerão falhas no atendimento das expectativas da população. Esse fato, provavelmente, resultará num agravamento de situações de saúde que poderiam ter sido resolvidas antecipadamente. Todavia, outro olhar pode demonstrar que, se o Sistema Parcial da Política tivesse acesso a informações de qualidade no momento da tomada de decisão, provavelmente, a decisão teria maior probabilidade de acerto.

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. No entanto, muitos deles dificilmente chegarão a irritar os sistemas parciais da sociedade. Nesse contexto, justifica-se a função operativa e comunicativa a ser operada pelos filtros do controle social (Conselhos e Conferências de Saúde).

Sem dúvida, pode-se concluir que as políticas públicas em saúde são primordiais para a efetivação do direito fundamental à saúde. Todavia, como já referimos anteriormente, a decisão por esta ou aquela política pública é dependente das irritações comunicativamente a serem exercidas no Sistema Parcial da Política. Isso se confirma, pois, a simples existência fática de doenças, a necessidade do cidadão por mais leitos hospitalares, bem como a expectativa de serem distribuídos medicamentos para a população somente serão ouvidos pelo Sistema Parcial da Política, quando o objeto desse fluxo comunicacional irritar aquele sistema, e este puder aceitá-la, pois a compreende.

Como já afirmado, o Sistema Parcial da Política (Estado) não dispõe de condições para conhecer todas as demandas de saúde da população, 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 de todos e dever do estado não depende única e exclusivamente das garantias constitucionais, afinal tal constitucionalização existe e nem por isso é cumprida.

Todavia, o controle social, através das Conferências e os Conselhos de Saúde demonstra possuir potencial para desempenhar uma operação que consiste em selecionar do ambiente os fluxos comunicacionais carregados com informações de saúde por meio de seus filtros e sintetizá-los a ponto de ocorrer a condensação desses em opiniões públicas enfeixadas em temas específicos. Após, os referidos fluxos irão irritar os sistemas parciais sensíveis ao tema.

Depois disso, através de uma operação comunicativa os sistemas parciais da sociedade, sensíveis ao tema da saúde, assumem a capacidade de processar as referidas informações por meio de seu código especializado e, com isso, são potencializadas as probabilidades de acerto ao realizar a escolha (seleção) de qual ação (políticas públicas) irão ser postas em prática para efetivar o direito fundamental à saúde.

Dito isso, resta comprovado que o controle social pode operar como um sistema de filtros apto a selecionar, potencializar e enviar para o sistema parcial fluxos comunicacionais em saúde que, uma vez compreendidos e aceitos por esse sistema, faz aumentar o número de possibilidades (complexidade interna) que o sistema terá para selecionar, aumentando com isso as probabilidades da escolha ser a mais adequada com vistas a efetivação do direito fundamental à saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.

BALBINOT, Rachelle 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.

BRASIL. 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 jan. 2017.

BRASIL. 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>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, 2017. Brasília, DF. **Composição dos Conselhos de Saúde.** *Website* do CNS. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/composicao.htm.

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.

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.

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

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

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

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

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>.

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.

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

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

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>.

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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>.

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

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

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>.

CAMPILONGO, Celso Fernandes. **Política, sistema e decisão judicial.** 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

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.

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

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>.

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>.

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>.

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>.

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. p. 35. Disponível em: <http://conselho.saúde.gov.br/biblioteca/Relatorios/ relatorio_12.pdf>.

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.

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.

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>.

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

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>.

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>.

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>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Composição**. Brasília, DF, 2016. DisponívCONFERÊNCIA 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>.

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

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

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

DURKHEIN, Émile. **Liçoes de sociologia**. Traduçao Monica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educaçao. Orgao de fomento do Ministério da Educaçao.

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

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.

LUHMANN, Niklas. **Sociología del riesgo.** Mexico: Universidad Iberoamericana, 2006.

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

LUHMANN, Niklas**. La sociedad de la sociedad**. Universidad Iberoamericana. 2006. p. XI.

MARTINS, Amanda de Lucas Xavier;Sueli Maria dos Reis Santos. **O exercício do Controle Social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do Conselho Local de Saúde.** Revista de Saúde Soc. São Paulo, v. 21, supl. 1, p. 199-209, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/17.pdf . Acesso em 15 de fev de 2017.

PIMENTA. Aparecida Linhares. **O SUS e a municipalizaçao 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>.

PONTE, Carlos Fidelis. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes? Disponível em: http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/upload/na%20corda%20bamba/cap_4.pdf. Acesso em 14 fev. 2017.

ROCHA, Leonel Severo, SCHWARTZ, Germano; CLAM, Jean. **Introdução à teoria do sistema autopoiético do direito.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2005.

ROCHA, Leonel Severo; KING, Michael; SCHWARTZ, Germano. **A verdade sobre a autopoiese no direito.** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2009.

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=S1413-81232007000300 018>.

TANAKA, Osvaldo Yoshimi et al. Gerenciamento do setor da saúde na dácada 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>.

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

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

VELOSO, Fernando A.; VILLELA, André; GIAMBIAGI, Fábio. Determinantes do 'milagre brasileiro (1968-1973): uma análise empírica. Ver. Bras. Econ. Vol. 62 n.ª 2 Rio de Janeiro apr:June 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71402008000200006. Acesso em 17 de fev de 2017.