

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: DAS COMPETÊNCIAS DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE ÀS REFLEXÕES ADVINDAS DO CONCEITO DE FACÇÕES

CONTROL SOCIAL EN SALUD: DE LAS CUALIFICACIONES DEL CONSEJO NACIONAL DE SALUD A LAS REFLEXIONES POR EL CONCEPTO DE FACCIÓNES

Andressa Fracaro Cavalheiro¹

Carlos Luiz Strapazzon²

RESUMO: Neste artigo são abordadas possíveis conceituações do vernáculo controle social, relacionando-o com a diretriz de participação comunitária que disciplina o Sistema Único de Saúde, a partir de uma breve contextualização do Movimento de Reforma Sanitária, cujos princípios norteadores foram incorporados pela política pública de saúde brasileira. Assim, a partir da proposta de um conceito agregador do que se pode entender por controle social em saúde, trabalham-se as competências do Conselho Nacional de Saúde, através de seus principais instrumentos normativos, identificando-o como exemplo de controle social institucionalizado. A partir destes pressupostos, faz-se uma analogia entre Conselho de Saúde e facções, nos termos propostos por Madison, na obra “O Federalista”, objetivando refletir sobre sua eficácia e efetividade, propondo-se alterações no que tange às seguidas reconduções das entidades que nele tomam assento.

Palavras-Chave: Controle social em saúde. Conselho Nacional de Saúde. Facções

RESUMÉN: En este artículo son abordadas posibles conceptualizaciones del vocablo control social, relacionándolo con la directriz de participación comunitaria que disciplina el Sistema Único de Salud, a partir de una breve contextualización del Movimiento de Reforma Sanitaria, cuyos principios rectores fueron incorporados por la política pública de salud brasileña. Así, a partir de la propuesta de un concepto gregario do que se puede entender por control social en salud, se trabajan las cualificaciones del Consejo Nacional de Salud, atreves de sus principales instrumentos normativos, identificándolo como ejemplo de control social institucionalizado. A partir de estos presupuestos, se hace una analogía entre Consejo de

¹ Doutoranda em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Mestre em Direito pela Universidade de Santa Cruz do Sul. Professora da graduação em Direito da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Unioeste. Pesquisadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (mestrado) em Direitos Fundamentais da Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC. afcavalheiro@gmail.com

² Pós-doutorando em Direitos Fundamentais pela PUC-RS, Professor-pesquisador do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* (Mestrado) em Direitos Fundamentais da Universidade do Oeste de Santa Catarina (Unoesc). Coordenador de projeto de pesquisa em Direitos Fundamentais Sociais: Seguridade Social (UNOESC). Editor-Chefe da Revista Espaço Jurídico | Espaço Jurídico Journal of Law [EJLL] strapazzon.carlos.luiz@gmail.com; carlos.strapazzon@unoesc.edu.br.

Salud y facciones, en los términos propuestos por Madison, en la obra “El Federalista”, para reflejar sobre su eficacia y efectividad, proponiéndose alteraciones en las seguidas reconducciones de las entidades que en él toman asiento.

Palabras clave: Control social en salud. Consejo Nacional de Salud. Facciones

1 Introdução

Desde o final da década de 1970, período que dá início ao chamado processo de redemocratização do país, cujo ápice acontece com a nova ordem constitucional inaugurada com a Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988, a participação social e o controle social são preocupações constantes no que pertine às questões relacionadas à saúde pública, seja no que se refere à sua gestão, seja no que tange à formulação de políticas públicas para o atendimento de suas demandas.

A participação social na área da saúde institucionalizou-se por meio da própria Constituição que, ao vaticinar que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organiza-se também de acordo com a diretriz da participação da comunidade. Em 1990, através da Lei 8.142, a participação da comunidade na gestão do sistema de saúde brasileiro – o SUS (Sistema Único de Saúde) – foi disciplinada, determinando-se contasse o sistema, em cada esfera de governo, com duas instâncias colegiadas: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde. A primeira com a função de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis respectivos, reunindo-se, assim, a cada quatro anos; e a segunda, para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

O propósito deste artigo é trabalhar a segunda das instâncias de participação da comunidade no SUS, qual seja, o Conselho de Saúde – através de sua esfera nacional –, objetivando responder (1) o que é controle social em saúde e como se relaciona com a diretriz da participação comunitária, (2) identificar quais as competências do Conselho Nacional de Saúde, enquanto instância institucional de controle social, e quais instrumentos normativos (principais) as explicitam e, (3) por meio da analogia ao conceito de facção nos termos propostos na obra “O Federalista”, trazer reflexões quanto à sua eficácia e efetividade.

Para tal desiderato utilizou-se o método de procedimento analítico, por meio de técnica de pesquisa bibliográfica.

1 Participação e controle social em saúde

Antes de se adentrar especificamente ao campo da participação e do controle social em saúde, necessário entender o processo pelo qual a saúde no Brasil foi constitucionalmente reconhecida como dever do Estado e direito de todos, estruturada em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado a partir de três diretrizes: descentralização, integralidade e participação da comunidade. Este processo é conhecido como Movimento de Reforma Sanitária e deve ser compreendido a partir da questão mais ampla da descentralização e da democratização do Estado brasileiro, a partir do qual se inscreve no contexto das reformas sociais iniciadas na segunda metade da década de 1970, quando se deu o processo de abertura política e democrática no Brasil.

O modelo de assistência à saúde no Brasil dos anos 1970 era o “médico-assistencial privatista”, onde a organização do sistema de saúde se dava a partir do lucro, já que o sistema público de saúde era pouco fortalecido em face do crescimento do setor privado, que prestava assistência através da venda de serviços ao Estado, propiciando, deste modo, a capitalização da medicina (MORETTO, 2002: 33). Até a Constituição de 1988 a saúde, não reconhecida como um direito social, era acessada somente pela população trabalhadora contribuinte do sistema de previdência social ou, então, por quem tivesse meios de pagar pelos serviços privados de saúde.

Na esteira da luta dos moradores da periferia dos grandes centros por melhoria de suas condições de vida, criaram-se, com a ajuda de padres e médicos sanitaristas, os Conselhos Populares de Saúde, encarregados de obter melhor saneamento básico e hospitais e centros de saúde nas áreas mais carentes (BERTOLLI FILHO, 2006, p.63). A partir daí os profissionais de saúde também se organizaram na defesa da profissão e dos direitos dos pacientes, fazendo surgir, ainda no final da década de 1970, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) que por meio da edição da revista Saúde em Debate, veiculava as novas perspectivas de análise da saúde em prol das ideias-base para viabilização da Reforma Sanitária.

A noção de Reforma Sanitária no Brasil associa-se, desde o início, à ideia de movimento social, tendo como atores centrais um grupo de sanitaristas reformistas, organizados em torno do que se convencionou chamar de Movimento Sanitário, constituído por um grupo bastante heterogêneo, formado por profissionais, intelectuais e burocratas da área de saúde, ocupantes de cargos nos governos estaduais e municipais, mantendo, em sua

maioria, ligações partidárias de esquerda, vinculados a certas universidades, centros de pesquisa e instituições governamentais, tendo como referência principal a Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz (COTTA; MENDES; MUNIZ, 1998, p. 18).

Assim, o movimento sanitário estimulou as discussões do projeto de reforma da política de saúde não só porque debateu criticamente os problemas do setor, mas também porque ganhou acesso a cargos burocráticos no interior das agências estatais de previdência social e de saúde (COTTA; MENDES; MUNIZ, 1998, p. 18/19). Esse acesso aos cargos burocráticos criou oportunidades para a implementação institucional das diretrizes da agenda reformista, com projetos e programas que objetivavam descentralizar e ampliar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

O processo iniciado pelo Movimento Sanitário culminou com a realização, entre 17 e 21 de março de 1986, em Brasília, da VIII Conferência Nacional de Saúde, que visava discutir a nova proposta de estrutura e política de saúde para o país, propondo três questões cruciais: (1) saúde como dever do Estado e direito do cidadão; (2) reformulação do sistema nacional de saúde e, (3) financiamento setorial. A Conferência contou com uma ampla participação social – cerca de quatro mil pessoas (mil na condição de delegados), entre técnicos, estudiosos, políticos e lideranças sindicais e populares, além de dirigentes institucionais. As conclusões do encontro passaram a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, já então plenamente legitimado pelos segmentos sociais que se identificavam com os interesses populares.

Durante a Conferência, por meio do Movimento Sanitário, foram trazidas, de forma clara, a realidade da saúde no país e as evidências de que o modelo vigente não tinha quaisquer condições de enfrentar a dura realidade que se apresentava. Dessa forma, aflorava o debate sobre questões atinentes às relações entre saúde e sociedade e saúde e Estado, denunciando, obviamente, a mercantilização da saúde existente à época. Nesta esteira, os princípios norteadores da Reforma Sanitária proposta pela VIII Conferência Nacional de Saúde podem ser sintetizados da seguinte forma: (1) direito à saúde e à universalidade da assistência; (2) descentralização, sob comando único em cada esfera do governo; (3) hierarquização e regionalização do sistema; (4) integralidade na assistência e, (5) participação social na gestão comunitária.

Da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas diretrizes e princípios foram dados pelo Movimento Sanitário, resultou, dois anos depois, a criação do SUS pela Constituição de 1988, por meio de seus artigos 196 a 200, que, em seu artigo 6º, reconheceu a saúde como um direito fundamental.

Estabelecida, em nosso sentir, a relação entre o Movimento de Reforma Sanitária e a necessidade e importância da participação social em saúde, passemos, no próximo item, a trabalhar os conceitos de participação e controle social de saúde com o escopo de responder ao primeiro dos questionamentos que constituem o objeto deste trabalho: o que é controle social em saúde e como se relaciona com a diretriz da participação comunitária.

A expressão *controle social* não está inserida em nenhum dos principais dispositivos legais que tratam da gestão da saúde pública ou mesmo do SUS, ainda que possa ser encontrada em alguns instrumentos normativos, de grau hierárquico inferior à lei e à Constituição, como, por exemplo, na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1993 – NOB/1993, na Resolução 333, de 04.11.2003, do Conselho Nacional de Saúde ou no Anexo I do Pacto Pela Saúde de 2006. Então, controle social é sinônimo de participação social ou participação comunitária? Para responder a este questionamento, necessárias algumas considerações. Vejamos, pois, primeiramente as questões que envolvem a participação social ou participação da comunidade, expressões aqui entendidas como sinônimos.

De início é preciso consignar a polissemia que envolve a noção de participação, do que resulta a impossibilidade de se fornecer um conceito único. Assim, como assevera Sani (1998, p. 898), o termo participação se acomoda em diferentes interpretações, já que se pode participar, ou tomar parte em alguma coisa, de modo bem diferente, desde a condição de simples expectador à de protagonista de destaque. Stotz (2009) vai lembrar que participação social pode ter o sentido de integração, quando indica a natureza e o grau de incorporação do indivíduo ao grupo, ou o sentido de norma ou valor pelo qual se avaliam tipos de organização de natureza social, econômica, política, etc. O sentido de integração assinala a importância da adesão dos indivíduos na organização da sociedade e, do ponto de vista sociológico, remete tanto à coesão social quanto à mudança social. A participação é, portanto, variável segundo os tipos de sociedade em cada época histórica. No sentido de valor, a participação significa democratização ou participação ampla dos cidadãos nos processos decisórios e representa a consolidação de um longo processo histórico, cujo início remonta à sociedade ateniense do século V a.C. Participação, neste sentido, guarda estreita relação com outro vocábulo bastante conhecido: democracia³.

³ Segundo Costa (2010, p. 211), democracia é um termo antigo – introduzido por Heródoto na metade do século V a.C – e todavia “extraordinariamente vital”, cujo aspecto semântico é amplo e composto, e cuja linha de desenvolvimento histórico-cultural é recortada, fragmentada. Em outras palavras: o sentido do termo democracia (e das teorias dele decorrentes) não é separável dos contextos históricos culturais nos quais tem sido empregado, contextos estes radicalmente distintos entre si.

Dada a polissemia do termo participação, é possível dizer que existem formas de participação social (ou da comunidade) na vida política do Estado, seja comparecendo à comícios, seja participando de manifestações de protesto ou, então, contribuindo direta ou indiretamente para uma decisão política. A pretensão inserida no bojo do texto constitucional e na correlata legislação infraconstitucional, no que tange à saúde, é no sentido de uma contribuição mais direta nas ações e serviços públicos de saúde, já que, de acordo com o disposto no art. 198, tais ações e serviços são constituídos num sistema único que deve ser organizado de acordo com três diretrizes: descentralização, integralidade e, nosso foco, participação da comunidade.

A instrumentalização desta diretriz constitucional vai ser institucionalizada nos Conselhos e Conferências de Saúde, notadamente por meio da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que no inciso VIII de seu artigo 7º vai estabelecer a participação da comunidade também como um princípio a ser seguido no desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde e dos serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS. Mas a participação da comunidade na gestão do SUS vem mesmo disciplinada pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que não só reconhece a Conferência de Saúde o Conselho de Saúde como mecanismos da participação da comunidade, disciplinando em linhas gerais suas atribuições. Assim, de acordo com o parágrafo primeiro de seu artigo 1º, deve a Conferência de Saúde reunir-se a cada quatro anos, com a representação de vários segmentos sociais, a fim de avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Ordinariamente a Conferência deve ser convocada pelo Poder Executivo podendo o Conselho de Saúde fazê-lo, extraordinariamente. Ao Conselho de Saúde, diz o parágrafo segundo do mesmo artigo, compete atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Note-se que embora não haja a consagração da expressão *controle social*, há, no dispositivo, o vernáculo *controle* e é a partir dele que, no caso da gestão da saúde, se pode discorrer sobre o controle social em saúde, o que agora passamos a fazer.

Na dicção de Ayres Britto (1992) o vernáculo *controle* foi recepcionado pela Constituição de 1988 no sentido de *verificação, investigação, fiscalização*, cujo escopo é saber até que ponto as autoridades públicas são cumpridoras dos seus deveres para as pessoas humanas, as associações e a coletividade em geral. Segundo o autor, a fiscalização que opera

no interior da máquina estatal, de fora para dentro, ou seja, sendo exercida por particulares ou por instituições da sociedade civil é a que se qualifica como *controle popular* ou *controle social do poder*, evidenciando o fato de que a população tem satisfações a tomar daqueles que formalmente se obrigam a velar por tudo o que é de todos. Esse *controle social* configura-se, prossegue o autor, em verdadeiro exercício dos direitos de liberdade, para ele sinônimo de cidadania e, por conseguinte, em direito público subjetivo porque referido a um sujeito privado, expressamente adjetivado como indivíduo, cidadão, nacional, trabalhador, adolescente, criança (nos termos de adjetivação propostos pela própria Constituição), com a particularidade de que seu exercício opera à custa do Poder Público, tendo como contraponto um específico dever estatal (ação ou omissão diretamente cobrada do Estado).

Ainda que Ayres Britto tenha feito um estudo exclusivamente constitucional a respeito do tema e, portanto, não enquadre as questões relacionadas ao SUS ou às políticas de saúde, tem-se que nos termos descritos não só pelo texto constitucional vigente, mas pela legislação infraconstitucional já citada, parece plenamente possível entender, de forma análoga, o *controle social em saúde* como aquele exercido pela sociedade civil organizada por meio dos Conselhos de Saúde, formalmente responsáveis pelo controle da execução da política pública de saúde na instância correspondente, em todos os seus aspectos, inclusive econômicos e financeiros.

Daí ser possível dizer que o *controle social* que se pretenda ser exercido pelos Conselhos de Saúde não é o controle *da* sociedade, mas o controle *pela* sociedade. Assim, não se trata do Estado controlando o comportamento da sociedade, mas da sociedade controlando o comportamento do Estado no cumprimento de seus deveres.

De todo modo, vale a advertência de Conh (2000, p. 44) quanto ao fato de que a participação da sociedade prevista na legislação do SUS venha sendo designada de várias formas, com predominância do termo *controle social*, ainda que, como já por nós asseverado, a Constituição de 1988 fale em *participação da comunidade*. Para a autora, tanto o uso da expressão *participação da comunidade* quanto *controle social* trazem implicações porque sua utilização não corresponde exatamente às aspirações presentes no conjunto de ideias que deu origem à proposta do SUS enquanto uma nova ordem na saúde. Assim, segundo refere

O conceito de “controle social” diz respeito ao conjunto dos recursos materiais e simbólicos de uma sociedade para assegurar exatamente a conformidade do comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e aprovados pela própria sociedade. No senso comum, isso se traduz exatamente como o controle que a sociedade exerce sobre os indivíduos que a ele pertencem, compreendendo portanto uma série de mecanismos de sanções que servem de padrão para a conformidade do comportamento de cada um vivendo naquela

sociedade. Neste sentido, o conceito traz consigo exatamente a ideia de “fiscalização” e “punição” dos indivíduos quando não se comportam segundo as normas vigentes prescritas e sancionadas (CONH, 2000, p. 44) – destaques no original.

Vê-se, portanto, que para esta autora a expressão *controle social* identifica-se com a ideia de um controle exercido *sobre* os indivíduos/sociedade e não um controle feito *pela* sociedade em relação ao Estado. De todo modo, até mesmo pelo reconhecimento da autora quanto ao fato de que a participação da sociedade no SUS tem sido designada predominantemente por *controle social*, e dada a analogia feita a partir da distinção proposta por Ayres Britto, defende-se aqui a ideia de utilizar-se o termo *controle social em saúde* também para fazer referência à diretriz da *participação da comunidade* na gestão do SUS, ainda que, em sentido mais estreito, se possa relacionar o *controle social em saúde* à ideia de fiscalização, investigação ou verificação acerca da política pública de saúde e da gestão do SUS.

É neste sentido também o entendimento de Correa (2006, p. 1), para quem essa participação foi concebida na perspectiva de controle social exercido pelos setores progressistas da sociedade civil sobre as ações do Estado, objetivando que este atendesse cada vez mais aos interesses da maioria da população. E, ainda, o de Carvalho (1995, p.8), para quem o controle social corresponderia a uma moderna compreensão da relação Estado-sociedade, cabendo à sociedade o estabelecimento de práticas de vigilância e controle sobre o Estado. Ou mesmo Barros (1998, p. 31), que trata o controle social sobre a ação estatal na perspectiva da democratização dos processos decisórios, afirmando que a concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática, devendo ser submetida ao controle da sociedade.

Partindo da concepção de esfera pública como totalidade dinâmica e articulada, Raichelis (2006, p. 9) vai asseverar que o *controle social* implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, viabilizando a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem os interesses em jogo, além de fiscalizar tais decisões segundo critérios pactuados. Para a autora, os Conselhos são canais importantes de participação coletiva e de criação de novas relações políticas entre governos e cidadãos e, principalmente, de construção de um processo continuado de interlocução pública por meio da qual objetiva-se, também, exercer o controle socializado das ações e deliberações governamentais (RAICHELIS, 2006, p. 12). Por fim, Bravo (2000, p. 45) diz que o controle

social inscrito na Constituição de 1988 é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

Assim, em que pese o entendimento e a advertência de Conh (2000, p. 9/10), posicionamo-nos no sentido de reconhecer a relação entre *controle social* e a diretriz da *participação comunitária* ou *participação social*, enquanto equivalentes, ainda que, num sentido estrito, o termo *controle social* esteja mais adstrito à ideia de fiscalização da política pública de saúde e da gestão do SUS.

De todo modo, e almejando oferecer ao leitor um entendimento agregador do que se pode entender por controle social em saúde, pode-se dizer que: *controle social em saúde* é o direito público subjetivo de fiscalizar, investigar ou verificar questões relacionadas à execução da política pública de saúde em todos os seus aspectos, inclusive econômicos e financeiros. O *controle social em saúde* decorre e está intimamente relacionado com a diretriz da participação da comunidade pela qual o SUS deve se organizar, donde advém também traduzir-se na possibilidade de propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Prosseguindo com a consecução dos objetivos deste trabalho, passemos a tratar do Conselho Nacional de Saúde para, então, identificar quais são suas competências, bem como quais instrumentos normativos (principais) as explicitam.

3 O Conselho Nacional de Saúde

Ao contrário do que eventualmente se possa pensar, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) não foi criado pela Lei 8.142/90, existindo desde 1937 quando a Lei 378, de 13 de janeiro de 1937, que deu nova organização ao então Ministério da Educação e Saúde Pública, determinou, em seu art. 67, sua criação enquanto órgão de assistência do renomeado Ministério da Educação e Saúde. Quando o Ministério da Saúde separou-se do Ministério da Educação, o CNS, regulamentado pelo Decreto 34.347, de 8 de abril de 1954, tinha a função de assistir ao Ministro da Saúde na determinação das bases gerais dos programas de proteção à saúde, sendo composto por 17 membros, dos quais 14 eram indicados pelo Ministro e designados pelo Presidente da República, sendo 8 pessoas de notória capacidade em assuntos relativos à saúde e 6 escolhidos entre os titulares dos principais cargos de chefia do Ministério. Os 3 demais membros (natos) eram o diretor-geral do Departamento Nacional de

Saúde, o diretor-geral do Departamento Nacional da Criança e o Ministro da Saúde, que presidia o CNS.

Em 1959, por meio do Decreto n. 45.913, de 29 de abril de 1959, aumentou-se o número de conselheiros de 17 para 24, com acréscimo do número de conselheiros natos – além dos 3 anteriormente nominados, eram membros natos do CNS o diretor-geral de Departamento Nacional de Endemias Rurais, o diretor do Instituto Oswaldo Cruz, o presidente da Academia Nacional de Medicina, o presidente da Associação Médica Brasileira, o diretor-geral de Saúde do Exército, o diretor-geral de Saúde da Marinha e o diretor-geral de Saúde da Aeronáutica.

Em 1962, por meio do Decreto 847, de 5 de abril de 1962 (emanado pelo Presidente do Conselho de Ministros e não pelo Presidente), reafirmou-se a finalidade de assistência do CNS ao Ministro da Saúde, aumentando-se o número de seus membros natos de 10 para 14, e incluindo 4 membros representantes de associações técnico-científicas e 8 membros escolhidos entre pessoas de notória capacidade em assuntos relativos à saúde. Assim, o número de conselheiros passou de 24 para 26.

Segundo Côrtes (2009, p. 44), a composição do CNS em 1962 mostra não só o quanto as atividades tornaram-se mais complexas, mas também que a concepção de saúde dos dirigentes do Ministro da Saúde se ampliaram, já que com a criação do cargo de secretário-geral indicava que as atividades executivas de preparação e acompanhamento das atividades do fórum precisavam ser desempenhadas além do horário exclusivo das reuniões. Além disso, aponta a autora que a inclusão de conselheiros que não tratavam de assuntos exclusivamente médicos (o titular da Diretoria do Ensino Superior, do Ministério da Educação e Cultura, o diretor-geral do Departamento Nacional de Obras de Saneamento, do Ministério da Viação e Obras Públicas e o diretor da Divisão de Defesa Sanitária Animal, do Ministério da Agricultura), sugere que os gestores de então concebiam os problemas de saúde como também decorrentes das condições de saneamento, do modo como eram produzidos e distribuídos os alimentos e da maneira como eram formados os profissionais de saúde.

A partir de 1964 – com a instalação da ditadura no País – houve mudanças na composição do CNS que, por força de alterações legislativas feitas em 1964 (Decreto n 55.242, de 18 de setembro) e em 1965 (Decreto n. 55.242, de 27 de janeiro), havendo redução de seus membros de 26 para 14, demonstrando uma reversão a uma concepção mais restrita de saúde e de como lidar com os problemas sanitários (CÔRTEZ, 2009, p. 44).

A função do CNS foi ampliada em 1970 – em pleno regime militar –, por meio do Decreto 67.300, de 30 de setembro, passando a promoção, proteção e recuperação da saúde a ser foco dos debates, cabendo ao Conselho examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos ao Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força da lei, tenha que ser submetida à sua apreciação. Era o início da década de 1970, quando começou a estruturar-se o Movimento de Reforma Sanitária, objeto do item 2 deste trabalho, trazendo discussões importantes sobre integralidade, descentralização e universalização. Dado, também, o item 2 deste estudo, é possível dizer que foi aí que começaram também as primeiras manifestações importantes para o controle social em saúde no Brasil.

Para Côrtes (2009, p.46), o clima de democratização política e as recomendações das agências internacionais – notadamente o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial – favoreceram o estabelecimento dos marcos legais e a formulação e implementação de políticas que visavam, principalmente, à integração e à descentralização dos sistema público de saúde brasileiro e estimulavam a participação de novos atores no processo de decisão política da área. Para a autora, quando a crise econômica da segunda metade da década de 1970 reduziu a legitimidade do governo militar, o regime tornou-se menos opressivo e promoveu a criação de novos canais de representação política da sociedade civil. Em suas palavras:

O governo procurava legitimar o regime autoritário e ampliar sua base social de sustentação por meio da implementação de políticas de redução da pobreza e expansão da cobertura previdenciária [...] as relações entre os interesses das corporações econômicas e a tecnoburocracia estatal passaram a ser criticadas até mesmo por setores da burguesia, insatisfeitos com a desaceleração do crescimento econômico. Foram gradualmente sendo restauradas ou criadas formas democráticas de representação e expressão política, tais como eleições para cargos executivos e liberdade de imprensa, de associação e de organização de partidos políticos. No início da década de 1980, projetos e programas governamentais constituíram comissões e comitês nos quais deveria haver representação da sociedade civil. Uma das características marcantes da reforma do sistema brasileiro de saúde, durante os anos 80, foi a criação de mecanismos participatórios (CÔRTEZ, 2009:47).

Depois da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986 e um dos principais marcos da atuação do Movimento de Reforma Sanitária, o CNS passou por uma primeira reformulação tanto em suas funções quanto em sua composição. Por meio do Decreto 93.933, de 14 de janeiro de 1987 o CNS teve como função administrativa principal – pela primeira vez desde sua criação –, a de deliberação coletiva de segundo grau no âmbito do Ministério da Saúde, passando, portanto, a ser um órgão ministerial de deliberação

superior, indicando que os idealizadores da mudança propunham um novo papel para o Conselho na área da saúde (2009:50). O CNS passou a ser integrado por 14 conselheiros: o Ministro da Saúde, que o presidia; 1 representante do Ministério do Trabalho, 1 representante do Ministério da Educação e 1 representante do Ministério da Previdência e Assistência Social; 1 representante da Secretaria de Planejamento da Presidência da República; 1 representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), 1 representante do Conselho Nacional de Defesa do Consumidor e 7 personalidades de notória capacidade e comprovada experiência em assuntos de saúde, indicadas pelo Ministro da Saúde. Entretanto, aduz Cortes (2009: 50), que mesmo com a diversificação de seus integrantes, o Conselho não participou ativamente do intenso debate sobre a reforma do sistema de saúde brasileiro, continuando, até sua reformulação de 1990, como um “conselho de notáveis”.

Depois da promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 05 de dezembro de 1988, marco oficial da criação do SUS, foram editadas leis que normatizavam as diretrizes e os princípios do novo sistema de saúde, tendo a Lei 8.142/90, criado Conferências e Conselhos de Saúde – instâncias de controle social – em cada esfera governamental. Os Conselhos, a partir de então, tornaram-se fóruns permanentes, deliberativos e responsáveis pela formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, sendo integrados por representantes do governo, de prestadores de serviços, de profissionais de saúde e de usuários dos serviços de saúde, sendo que, em todos os níveis, o segmento dos usuários comporia a metade dos Conselhos, enquanto os demais membros, somados, integrariam a outra metade.

O novo CNS, regulamentado pelo Decreto 99.438, de 7 de agosto de 1990, antes, portanto, da edição das Leis 8.080, que é de 19 de setembro de 1990, e da Lei 8.142, que é de 28 de dezembro de 1990, teve novas atribuições, passando a contar com 30 membros. Sendo presidido pelo Ministro da Saúde, era composto por (a) 1 representante do Ministério da Educação; (b) 1 representante do Ministério do Trabalho e da Previdência Social; (c) 1 representante do Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento; (d) 1 representante do Ministério da Ação Social; (e) 1 representante do Ministério da Saúde; (f) 1 representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); (g) 1 representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS); (h) 1 representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT); (i) 1 representante da Confederação Geral dos Trabalhadores (CGT); (j) 1 representante da Confederação Nacional dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG); (k) 1 representante da Confederação Nacional da Agricultura

(CNA); (l) 1 representante da Confederação Nacional do Comércio (CNC); (m) 1 representante da Confederação Nacional da Indústria (CNI) ; (n) 1 representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) ; (o) 1 representante da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC); (p) 2 representantes do Conselho Nacional das Associações de Moradores (CONAM); (q) 1 representante das seguintes entidades nacionais de representação dos médicos: Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (FNM); (r) 2 representantes das entidades nacionais de representação de outros profissionais da área de saúde; (s) 2 representantes das seguintes entidades prestadoras de serviços privados na área da saúde: Federação Nacional dos Estabelecimentos e Serviços de Saúde (FENAESS), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), Associação Brasileira de Hospitais (ABH) e Confederação das Misericórdias do Brasil; (t) 5 representantes de entidades representativas de portadores de patologias; e (u) 3 representantes da comunidade científica e da sociedade civil, indicados pelo Ministro de Estado da Saúde.

A lei 8.142/90 não pormenoriza as funções dos Conselhos de Saúde – incluído aí o CNS – ou mesmo explicita sua composição, limitando-se a indicar a natureza jurídica dos conselhos de saúde (órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo), parametrizar sua composição (representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde, usuários, representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, sendo a representação dos usuários paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos) e indicar genericamente sua função (atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, determinando, ao final, que suas decisões sejam homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Não sendo o foco deste trabalho, não se tecerão maiores comentários acerca da composição do Conselho Nacional de Saúde⁴, limitando-nos, neste sentido, a simplesmente mencionar suas alterações, citando os respectivos instrumentos legais correspondentes. Deste modo, o Decreto 571, de 22 de junho de 1992, alterou a composição do CNS, fazendo com que passasse a ter 32 membros; Nova alteração de composição se deu por meio do Decreto 1.353, de 29 de dezembro de 1994, quando a composição dos membros do CNS passou de 32

⁴ Neste sentido veja-se Cortes et. all (2009, p.41-71). A autora faz interessante estudo sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde por representantes estatais e sociais entre o período de 1990 a 2006, analisando, entre outras, as representações de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiência.

para 34. Uma redução do número dos membros do Conselho ocorre com a edição do Decreto 4.878, de 18 de novembro de 2003, voltando o Conselho a contar com 32 membros. É importante frisar que todos esses instrumentos nominavam as instituições que comporiam o Conselho Nacional de Saúde, o que vai deixar de ocorrer após a edição do Decreto 5.839, de 11 de julho de 2006.

Este decreto é de salutar importância no que tange ao CNS porque dispõe sobre sua organização, atribuições e processo eleitoral, entre outras providências. Por ele restou estabelecida uma nova composição – 48 membros, normatizando-se um novo padrão percentual neste aspecto: assim, segundo determina seu artigo 3º, além da observância obrigatória da composição do Conselho ser paritária em relação ao segmento dos usuários, a metade da representação conjunta dos demais segmentos deve ser dada aos representantes de entidades profissionais de saúde, incluída a comunidade científica nesta área. Assim, dos 48 membros, 24 devem representar o segmento dos usuários, 12 as entidades de profissionais de saúde e da comunidade científica em saúde, 6 o Governo Federal, 1 o CONASS, 1 o CONASEMS, 2 as entidades de prestadores de serviços de saúde e 2 as entidades empresariais com atividades na área de saúde.

Também por sua dicção, a escolha das entidades que o compõem, respeitados os limites acima, será feita por meio de processo eleitoral, realizado a cada três anos, onde poderão concorrer entidades cujos parâmetros de existência estejam de acordo com as definições trazidas pela norma em comento⁵. A inovação mais importante, entretanto, é a introduzida pelo artigo 6º, que prevê a eleição do Presidente do CNS, entre os conselheiros titulares, em escrutínio secreto e em reunião em que tomem posse os novos membros, sendo votantes somente os membros titulares do Conselho. Assim, pela primeira vez desde sua criação, o cargo de presidente deixou de ser uma prerrogativa do Ministro da Saúde,

⁵ Refere o art. 5º Para efeito de aplicação deste Decreto, definem-se como: I - entidades e movimentos sociais nacionais de usuários do SUS – aqueles que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e três regiões geográficas do País; II - entidades nacionais de profissionais de saúde, incluindo a comunidade científica - aquelas que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e três regiões geográficas do País, vedada a participação de entidades de representantes de especialidades profissionais; III - entidades nacionais de prestadores de serviços de saúde - aquelas que congreguem hospitais, estabelecimentos e serviços de saúde privados, com ou sem fins lucrativos, e que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e três regiões geográficas do País; e IV - entidades nacionais empresariais com atividades na área da saúde - as confederações nacionais da indústria, do comércio, da agricultura e do transporte que tenham atuação e representação em, pelo menos, um terço das unidades da Federação e três regiões geográficas do País. Parágrafo único. Consideram-se colaboradores do CNS as universidades e as demais entidades de âmbito nacional, representativas de profissionais e usuários de serviços de saúde.

tornando-se eletivo, permitindo que qualquer titular (inclusive o Ministro da Saúde em sendo um dos representantes governamentais), concorra à presidência do fórum.

Finalmente aproximando-nos de nosso segundo (e último) objetivo, vejamos as competências do CNS a partir do que se considera sejam os principais instrumentos normativos que as explicitam: Decreto 99.438, de 7 de agosto de 1990, Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Resolução 33, de 23 de dezembro de 1992 – CNS, Resolução 291, de 06 de maio de 1999 – CNS, Resolução 333, de 4 de novembro de 2003 – CNS, Decreto 5.839, de 11 de julho de 2006, Resolução 364, de 8 de novembro de 2006, Resolução 407, de 12 de setembro de 2008 – CNS, com as alterações introduzidas pela Resolução 435, de 12 de agosto de 2010 – CNS, e Resolução 453, de 10 de maio de 2012-CNS.

Foram analisados todos os instrumentos nominados, mas as competências vão ser explicitadas a partir de Decreto 99.438/90, o primeiro a tratar da organização e atribuições do Conselho de Saúde sob a Constituição de 1988, e das Resoluções 407/2010 e 453/2012, a primeira relativa ao atual Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde, e a última referente às diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. As demais serão tratadas sem explicitação de conteúdo, posto que revogadas.

O Decreto 99.438/90 foi publicado, como já dito, antes da edição das Leis 8.080/90 e 8.142/90, tendo por objetivo dispor, especificamente, sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde. De acordo com tal diploma, competia ao CNS:

(i) atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, em nível federal; (ii) estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços; (iii) elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios, consignados ao Sistema Único de Saúde; (iv) aprovar os critérios e valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial; (v) propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais; (vi) acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde credenciado mediante contrato ou convênio; (vii) acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio cultural do país; e (viii) articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais.

A Lei 8.080/90 vai acrescentar, entre estas competências, a de gerir as Comissões Intersetoriais de âmbito nacional, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil (art. 12), repetindo algumas das competências

previstas pelo Decreto, como é o caso dos artigos 19-Q (incorporação científica e tecnológica na área de saúde), estabelecimento de diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde (art. 37). Vai, contudo, contrariar a competência atribuída ao CNS pelo Decreto – a de propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais – dado que em seu art. 26 estabelece que tais critérios serão estabelecidos pelo SUS para, então, serem aprovados pelo CNS.

A Lei 8.142/90, cujo dispositivo já foi transcrito alhures, só vai dizer que compete ao CNS atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política pública de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, estabelecendo que todas as decisões do Conselho serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo, ou seja, Presidente da República, Governador de Estado ou Prefeito Municipal que, por força de lei, poderão delegar tal função ao Ministro de Saúde, Secretário Estadual de Saúde ou Secretário Municipal de Saúde, respectivamente.

A Res. 33/92-CNS que trata de Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, revela uma nova competência do CNS: a de assessorar os demais Conselhos de Saúde (estaduais e municipais), objetivando, segundo consta de seu preâmbulo, “acelerar e consolidar o controle social do SUS, por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”. Assim, ainda que não trate de uma norma cogente, temos que as recomendações feitas são fruto dessa nova competência que se estabelece, reconhecida no seio da IX Conferência Nacional de Saúde, que é, repita-se, a de assessorar os demais conselhos no que diz com sua constituição e estruturação, visando impedir que entes da federação que não contem com Conselhos de Saúde não contem com as transferências de recurso fundo a fundo, estabelecidas pela Lei 8.142/90.

Em 2003, por meio da Resolução 333/03-CNS, o Conselho apresentou novas diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. No quesito *competências dos Conselhos*, a Resolução não só especificou um número ainda maior de atribuições aos Conselhos, como incluiu o próprio Conselho Nacional de Saúde como destinatário destas competências.

A Resolução 453/12-CNS revoga expressamente a Resolução 333 e amplia, ainda mais, o rol de competências dos Conselhos de Saúde, aí incluído o próprio Conselho Nacional de Saúde. De acordo com a Quinta Diretriz desta Resolução, compete aos Conselhos de Saúde:

I - fortalecer a participação e o Controle Social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS; II - elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento; III - discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde; IV - atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado; V - definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços; VI - anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão; VII - estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados, a exemplo dos de seguridade social, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros; VIII - proceder à revisão periódica dos planos de saúde; IX - deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os face ao processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde; X - avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS; XI - avaliar e deliberar sobre contratos, consórcios e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais; XII - acompanhar e controlar a atuação do setor privado credenciado mediante contrato ou convênio na área de saúde; XIII - aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente; XIV - propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos; XV - fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina; XVI - analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento; XVII - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar denúncias aos respectivos órgãos de controle interno e externo, conforme legislação vigente; XVIII - examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho nas suas respectivas instâncias; XIX - estabelecer a periodicidade de convocação e organizar as Conferências de Saúde, propor sua convocação ordinária ou extraordinária e estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, convocar a sociedade para a participação nas pré-conferências e conferências de saúde; XX - estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde; XXI - estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS); XXII - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica, observados os padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sociocultural do País; XXIII - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos; XXIV - deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS; XXV - incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos; XXVI - acompanhar a aplicação das normas sobre ética em pesquisas

aprovadas pelo CNS; XXVII - deliberar, encaminhar e avaliar a Política de Gestão do Trabalho e Educação para a Saúde no SUS; XXVIII - acompanhar a implementação das propostas constantes do relatório das plenárias dos Conselhos de Saúde; e XXIX - atualizar periodicamente as informações sobre o Conselho de Saúde no Sistema de Acompanhamento dos Conselhos de Saúde (SIACS).

Vale frisar que a aprovação desta Resolução em Plenária, com posterior homologação pelo Ministro da Saúde, foi fruto de debate ocorrido nos Conselhos de Saúde, nas três esferas, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, nas IX, X e XI Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal de Municipais de Saúde, tendo sido objeto de também ampla discussão a Resolução revogada. A intenção, claro, é consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de *controle social do SUS*, por intermédio dos Conselhos de Saúde que, como dito no preâmbulo desta Resolução, representam pólos de qualificação de cidadãos para o controle social.

O aumento das atribuições e competências do Conselho Nacional de Saúde (e dos demais Conselhos de Saúde) é fato inconteste, o que representa, em nosso sentir, uma evolução positiva de tal instância, notadamente em termos normativos, ainda que não se tenha, neste trabalho, buscado aferir sua efetividade. Note-se que se antes, em muitos momentos, cabia ao CNS aprovar o que lhe era apresentado, agora, no mais das vezes, compete a ele elaborar planos e diretrizes.

De igual sorte, é possível verificar-se também uma crescente evolução nas questões relacionadas à competência (e estruturação) do Conselho Nacional de Saúde a partir de seus Regimentos Internos (revogado e em vigor), o que se dá pela

O Regimento Interno anterior do CNS, aprovado pela Resolução 291/99, revogado pela Resolução 407/2008, com alterações introduzidas pela Resolução 435/2010, mostrava um Conselho organizado de maneira bastante simples: plenário, comissões e grupos de trabalho e uma secretaria executiva. Menos de dez anos depois, o Regimento Interno que se aprova, cria uma Mesa Diretora com atribuições muito específicas como a de, por exemplo, proceder à seleção de temas para a composição da pauta das Reuniões Ordinárias e Extraordinárias do Conselho. No Regimento da Resolução 291 as competências do Conselho eram explicitadas em 25 incisos. Agora, sua competência é disciplinada em IX. É certo, entretanto, que se criaram duas subseções dentro da seção relativa à competência, para incluir as competências do Plenário e da Mesa Diretora, além de atribuições específicas ao Presidente e aos demais Conselheiros do CNS.

Especificamente no que, segundo o Regimento Interno atual, compete ao Conselho Nacional de Saúde, tem-se:

I - atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde, na esfera do Governo Federal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; II - estabelecer diretrizes a ser observadas na elaboração dos planos de saúde, em razão das características epidemiológicas e da organização dos serviços; III - elaborar cronograma de transferência de recursos financeiros aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, consignados ao SUS; IV - aprovar os critérios e os valores para remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura de assistência; V - propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais; VI - acompanhar e controlar a atuação do setor privado da área da saúde, credenciado mediante contrato ou convênio; VII - acompanhar o processo de desenvolvimento e incorporação científica e tecnológica na área de saúde, visando à observação de padrões éticos compatíveis com o desenvolvimento sócio-cultural do País; VIII - articular-se com o Ministério da Educação quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área da saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais; e IX - fortalecer a participação e o controle social no SUS.

As competências destinadas ao Plenário são bastante pormenorizadas, senão vejamos:

I - dar operacionalidade às competências do CNS descritas no art. 10 deste Regimento; II - deliberar sobre os modelos de atenção à saúde da população e de gestão do SUS; III - definir prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação permanente dos trabalhadores, gestores, prestadores de serviços e usuários do SUS; IV - aprovar a proposta setorial da saúde, no Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e no Orçamento Geral da União e participar da consolidação do Orçamento da Seguridade Social, após análise anual dos planos de metas, compatibilizando-a com os planos de metas previamente aprovados, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendente; V - a qualquer tempo, criar, modificar, suspender temporariamente as atividades e extinguir, Comissões Intersetoriais, integradas pelos ministérios, órgãos competentes e por entidades, instituições e movimentos nacionais representativos da sociedade civil e Grupos de Trabalho compostos por Conselheiros do CNS, por maioria qualificada de votos dos conselheiros; VI - deliberar sobre propostas de normas básicas nacionais para operacionalização do SUS; VII - estabelecer diretrizes gerais e aprovar parâmetros nacionais quanto à política de recursos humanos para a saúde; VIII - definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do SUS, em âmbito federal, com base no cumprimento dos percentuais definidos na Resolução CNS nº 322, de 8 de maio de 2003, na Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, e na legislação vigente sobre o tema; IX - aprovar a organização e as normas de funcionamento da Conferência Nacional de Saúde, reunida ordinariamente a cada quatro anos, e convocá-la extraordinariamente, se necessário, na forma prevista pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; X - incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, o Ministério Público, o Judiciário, o Congresso Nacional e a mídia, bem como com setores relevantes não representados no Conselho; XI - definir ações de integração com outros conselhos setoriais com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento do sistema de participação e controle social; XII - emitir pareceres quanto à criação de novos cursos de ensino superior na área de saúde, no que concerne à caracterização das necessidades sociais; XIII - decidir sobre impasses ocorridos nos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, e com relação aos Conselhos Municipais, após ouvido o Conselho Estadual correspondente, na condição de instância recursal; XIV - aprovar normas sobre ética em pesquisas

envolvendo seres humanos e outras questões no campo da bioética e acompanhar sua implementação; XV - definir diretrizes gerais para a participação dos diversos provedores no SUS; XVI - regulamentar as especializações na área da saúde na forma de treinamento em serviço sob supervisão; XVII - aprovar a indicação do nome da Secretária-Executiva do CNS, bem como solicitar ao Ministro da Saúde a sua substituição diante de situações que a justifiquem, ambas

por deliberação da maioria absoluta do Plenário do CNS; XVIII - deliberar acerca de instruções e ações que favoreçam o exercício das atribuições legais dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde; XIX - deliberar ações para divulgação do CNS nos meios próprios de comunicação social, sem prejuízo das normas estabelecidas pela Assessoria de Comunicação Social - ASCOM; XX - eleger o Presidente do CNS, bem como os demais membros da Mesa Diretora; XXI - elaborar e aprovar o Regimento Eleitoral da eleição das entidades e dos movimentos sociais dos usuários do SUS, das entidades de profissionais de saúde e da comunidade científica da área de saúde, das entidades de prestadores de serviços de saúde e

das entidades empresariais com atividades na área de saúde, no prazo de cento e vinte dias anteriores à data estabelecida para as eleições, de acordo com a Resolução CNS nº 361, de 12

de julho de 2006; e XXII - aprovar representação junto ao Ministério Público quando as competências e decisões do Conselho forem desrespeitadas ou ocorrer ameaça de grave lesão à saúde pública, por maioria qualificada de votos: a) entende-se por maioria simples o número inteiro imediatamente superior à metade dos membros presentes; b) entende-se por maioria absoluta o número inteiro imediatamente superior à metade do total de membros do Conselho; e c) entende-se por maioria qualificada 2/3 (dois terços) do total dos membros do Conselho.

Por fim, à Mesa Diretora compete:

I - articular, junto ao Poder Executivo, as condições necessárias para o pleno funcionamento do CNS, incluindo a execução do planejamento e o monitoramento das ações; II - promover articulações políticas com órgãos e instituições, internos e externos, com vistas a garantir a intersetorialidade do controle social e a articulação com outros conselhos de políticas públicas com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento da participação da sociedade na formulação, implementação e no controle das políticas públicas; III - elaborar e encaminhar ao Plenário do CNS relatórios mensais sucintos das suas atividades, assim como submeter, anualmente, ao Plenário, relatório de gestão; IV - responsabilizar-se pelo acompanhamento da execução orçamentária do CNS e sua prestação de contas ao Plenário; V - responsabilizar-se pelo encaminhamento de todas as matérias para deliberação do CNS; VI - analisar o relatório de frequência dos Conselheiros nas reuniões do CNS para deliberação do Plenário e demais providências regimentais; VII - decidir, quando necessário, pelo convite a especialistas, visando a esclarecimentos de assuntos, matérias e informações referentes a temas de interesse do CNS; VIII - receber da Secretária-Executiva do CNS matérias, processos, denúncias, pareceres e sugestões, inclusive os provenientes dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, para análise e encaminhamentos cabíveis; IX - encaminhar e monitorar as deliberações do Plenário, garantindo o cumprimento dos prazos fixados por este; X - articular-se com os Coordenadores das Comissões e dos Grupos de Trabalho visando atender às deliberações do Plenário, assim como receber os resultados dos trabalhos para ser enviados ao CNS, garantindo os prazos fixados; XI - proceder à seleção de temas para a composição da pauta das Reuniões Ordinárias e das Reuniões Extraordinárias do CNS, priorizando aquelas deliberadas em reunião anterior, observando os seguintes critérios, estabelecidos pelo Pleno, que levam em consideração a: a) pertinência (inserção clara nas atribuições legais do Conselho); b) relevância (inserção nas prioridades temáticas definidas pelo Conselho); c)

tempestividade (inserção no tempo oportuno e hábil); d) precedência (ordem da entrada da solicitação); XII - tomar outras providências, visando ao cumprimento de suas atribuições; XIII - cumprir e fazer cumprir o Regimento Interno do CNS, submetendo os casos omissos à apreciação do Plenário; e XIV - convocar reuniões com os Coordenadores e Coordenadores Adjuntos das Comissões, aprovadas previamente pelo Plenário.

Tais competências podem ser entendidas, em seu conjunto, como competências do CNS, ainda que, em Regimento, apresentem-se separadas. De todo modo, o que se verifica, ao contrastar os primeiros e os últimos instrumentos a regular as funções do Conselho Nacional de Saúde (e dos demais Conselhos), é uma considerável ampliação do papel que esta instância exerce no atual cenário das políticas públicas de saúde, deixando definitivamente para trás o seu papel de mero “assistente” do Ministério da Saúde, assumindo o papel de protagonista no controle social em saúde.

4 Conselho e facções: seria possível uma analogia para refletir sobre sua efetividade e eficácia?

A participação da comunidade nas decisões que dizem respeito à saúde no Brasil foi uma das principais reivindicações do processo de reforma sanitária inscrito no contexto das reformas sociais iniciadas a partir da segunda metade da década de 1970, quando se deu o processo de abertura política e democrática no Brasil, cuja peculiaridade reside na descompressão planejada que abre espaços para coalizões heterogêneas, onde, para os diversos atores sociais envolvidos, a descentralização e a instituição de práticas participativas constituiriam estratégias fundamentais para a implementação das reformas do Estado (COTTA; MENDES; MUNIZ, 1998, p. 17/18).

A questão da participação social em saúde, como já referido, foi disciplinada por meio da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que determina sobre o SUS, em cada esfera governamental, com duas instâncias colegiadas: a conferência de saúde e o conselho de saúde, mecanismos de viabilização da participação popular.

Entretanto, embora o controle social se dê de forma cada vez mais consolidada nos conselhos de saúde, refere Conh (2009, p. 244) que estudos sobre a dinâmica de seu funcionamento demonstram que sua efetividade e eficácia quanto à sociedade aí exercer a representação de seus interesses e que tal representação diga respeito a um conjunto de interesses mais gerais de grupos ou segmentos sociais mais amplos são muito diferenciadas, não se constituindo necessariamente em espaços efetivos de negociação de diferentes

interesses em jogo, estando seu desempenho, segundo Vasconcelos e Pasche (2009, p. 547), condicionado pela organização da sociedade civil em cada contexto, razão pela qual pode ou não exercer, de fato, as prerrogativas que lhe são atribuídas em lei, eis que em muitos locais ocorre manipulação política em sua composição e funcionamento, em claro comprometimento à sua representatividade.

Tais reflexões podem ser entendidas, em alguma medida, relacionando-se a composição e estrutura dos conselhos de saúde com as *facções*, conforme abordadas em *O Federalista*, senão vejamos.

Segundo Madison (2011, p. 119), por facção pode-se entender um determinado número de cidadãos, não importa se minoria ou maioria em relação ao todo, que são unidos e animados por algum impulso comum de paixão, ou de interesse, adverso aos direitos dos outros cidadãos, ou aos interesses permanentes e globais da comunidade. Em outras palavras: pessoas unidas entre si por interesses comuns contrários ao bem comum, aqui entendido como um bem geral e coletivo, ou seja, como um bem para a comunidade globalmente considerada.

Ora, como asseverado acima, a eficácia e efetividade dos Conselhos de saúde parecem estar condicionadas ao fato de os interesses dos membros do Conselho serem ou não condizentes com um conjunto de interesses mais gerais, ou seja, condicionadas aos interesses voltados ao bem comum. Quanto mais voltados, os interesses dos membros, ao bem comum, maior a efetividade e eficácia do Conselho.

Assim, nos parece ser possível reconhecer, dentro das estruturas dos Conselhos de saúde, a existência de diversas facções que, ao contrário de lutar conjuntamente pelo bem comum, alimentam interesses particulares ou então são movidos por paixões comuns, adversas aos direitos dos demais cidadãos. A própria estrutura do Conselho é permissiva quanto a isto, já que é formado por representantes do governo, de prestadores de serviços, de profissionais de saúde e de usuários (representação esta paritária em relação aos demais segmentos sociais), conforme redação do § 2º do art. 1º da Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. No caso do Conselho Nacional de Saúde, a estrutura do conselho é aumentada, obrigatoriamente, pela representação do Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e do Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), de acordo com o estabelecido no § 3º do mesmo dispositivo legal.

Assim, ainda que a representação dos usuários seja paritária com a dos demais segmentos, ela é composta por diversas entidades e movimentos sociais de usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), o que favorece, ainda mais, o aparecimento de interesses não gerais, mas relacionados à entidade ou movimento que se represente. A ideia original, claro,

era que a diversidade garantisse o bem comum; que da negociação dos diversos interesses em jogos, resultasse um interesse coletivo.

Em nosso sentir, na prática, o que é comum ocorrer, é que instituições ou movimentos melhor organizados têm mais chance de fazer valer seus interesses. Relatos de experiências com os Conselhos de Saúde, como os acompanhados durante o 10 Congresso Nacional da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, ocorrido em Porto Alegre entre os dias 14 e 18 de novembro de 2012, deixam claro que as decisões dos Conselhos são frutos, muitas vezes, de acordos entabulados fora da esfera de discussão das reuniões. Além disso, se aponta também que muitas representações de usuários, por sentirem-se ignorantes dos termos técnicos utilizados pelos gestores, profissionais de saúde e prestadores de serviços, acabam manifestando apenas sua aquiescência com as propostas formuladas por tais segmentos ou, então, por outros segmentos de usuários melhor organizados.

Mas seria possível eliminar as facções, ou seja, seria possível eliminar uma minoria ou maioria adversa ao bem comum? Seria possível eliminar as facções dos Conselhos de Saúde?

Segundo Madison (2011, p.119), existiriam dois métodos para remediar os males das facções: eliminar suas causas e controlar seus efeitos. A eliminação das causas pode dar-se (1) pela destruição da liberdade, de cuja existência dependem ou (2) dando-se a cada cidadão as mesmas opiniões, paixões e interesses.

A destruição da liberdade é medida que sequer deva ser cogitada, porque isto seria produzir um “remédio pior do que a doença”. Dar-se a cada cidadão as mesmas opiniões, paixões e interesses também é impossível, porque o exercício da razão humana implica em desacordo, ou, nas palavras exatas do texto: “enquanto a razão humana continuar a ser falível e o homem tiver liberdade de exercê-la, formar-se-ão diferentes opiniões” (MADISON, 2011, p. 119).

Julgando-se ser a diversidade das faculdades humanas um obstáculo insuperável a uma uniformidade de interesses, reconhece-se que as causas da facção fazem parte da própria natureza humana. Neste sentido, assevera Madison:

As causas latentes de facção estão assim disseminadas na natureza do homem e vemo-las por toda parte conduzidas a diferentes graus de actividade, segundo as diferentes circunstâncias da sociedade civil: um desvelo por diferentes opiniões a respeito da religião, a respeito do governo, e muitos outros pontos, tanto na especulação como na prática; uma fidelidade a diferentes chefes, competindo por preeminência e poder, ou a pessoas de outros géneros cuja sorte foi interessante para as paixões humanas. Estas causas têm, sucessivamente, dividido a humanidade em partidos, inflamado estes com uma animosidade mútua, e têm-nos tornado muito mais dispostos para provocar e oprimir-se mutuamente do que para cooperar para o bem comum de todos. Tão forte é esta propensão da humanidade para cair em animosidades mútuas que, quando não se apresenta nenhuma razão de peso,

foram suficientes as mais frívolas e extravagantes distinções para despertar paixões inamistosas e provocar violentos conflitos. (MADISON, 2011, p. 120).

Mas se as causas das facções não podem ser eliminadas, porque arraigadas na própria natureza humana, seria possível, ao menos, controlar os seus efeitos?

Madison afirma que sim. Diz que se uma facção não tem maioria, a solução seria fornecida pelo princípio da maioria que decidiria a questão através de votações regulares. Se a facção, ao contrário, for a maioria, a solução estaria na *representação*, ou seja, no governo Republicano. Obviamente que Madison propõe esta solução pensando em partidos políticos e no governo de uma nação e não exatamente em assembleias menores, como no caso dos conselhos que, de mais a mais, funcionam já no esquema da representação.

A solução de maioria facciosa no Conselho poderia residir em uma reformulação da própria eleição dos membros que compõe os Conselhos, não no sentido de mudar a representação paritária entre usuários e gestores, profissionais de saúde e prestadores de serviço, mas impedir que as mesmas representações destas categorias possa, reiteradamente, tornar-se membro do Conselho. É dizer, se para o período X elegeu-se como representante do Conselho a entidade Y, que representa o segmento dos profissionais de saúde, na próxima eleição, tal entidade não pode participar da próxima eleição, permitindo que outra entidade, que também represente do seguimento dos profissionais de saúde, faça parte do Conselho. Isso não alteraria a representação que se tenham os Conselhos de saúde, mas ajudaria a impedir que interesses muito específicos fossem perpetuados, já que seriam contempladas entidades representativas de segmentos, mas não de interesses específicos.

Atualmente é possível a uma mesma entidade fazer parte dos Conselhos de Saúde por anos a fio, o que facilita a vinculação a interesses particulares, dificultando, obviamente, as negociações em prol do bem comum. A eventual contestação de que tal impedimento não seria *democrático*, já que as entidades são escolhidas por meio de eleição (as Plenárias dos Segmentos), não tem razão de existir, já que o que se pretende é a representação por segmento, não por entidade, de modo que o segmento estaria igualmente representado, seja por meio da entidade A ou da entidade B. Destarte, nos parece que uma mudança regimental relativa à eleição de membros dos Conselhos seja o modo mais eficaz de impedir o aparecimento de facções.

5 Conclusão

A criação do SUS e o reconhecimento da saúde como dever do Estado e direito de todos deve muito ao Movimento de Reforma Sanitária. A democracia sempre foi de salutar importância para este Movimento, cujos princípios norteadores podem ser sintetizados da seguinte forma: (1) direito à saúde e à universalidade da assistência; (2) descentralização, sob comando único em cada esfera do governo; (3) hierarquização e regionalização do sistema; (4) integralidade na assistência e, (5) participação social na gestão comunitária.

A importância da participação da comunidade na gestão da saúde se reflete na ideia de que também a sociedade deve responsabilizar-se e participar das decisões relativas à saúde, como forma de preservar os interesses coletivos. O que se acreditava – e nós hoje seguimos acreditando – é que quanto maior a participação da comunidade no SUS, maior influência se exercerá nos processos decisórios, cujo resultado – esperado – não é outro senão a ampliação da oferta e da qualidade das ações e serviços de saúde. É, em outras palavras, a busca pela efetividade do direito à saúde.

Ainda que participação seja um termo polissêmico, uma de suas formas se traduz na contribuição direta ou indireta para uma decisão política. É justamente esta a pretensão inserida no bojo do texto constitucional e na correlata legislação infraconstitucional, no que tange à saúde, posto que de acordo com o disposto no art. 198, as ações e serviços de saúde constituem-se num sistema único que deve ser organizado de acordo com três diretrizes: descentralização, integralidade e participação da comunidade.

A partir da construção teórica feita, defende-se aqui a utilização do termo *controle social em saúde* também para se fazer referência à diretriz da *participação da comunidade* na gestão do SUS e almejando oferecer ao leitor um entendimento agregador do que se pode entender por controle social em saúde, pode-se dizer que: *controle social em saúde* é o direito público subjetivo de fiscalizar, investigar ou verificar questões relacionadas à execução da política pública de saúde em todos os seus aspectos, inclusive econômicos e financeiros. O *controle social em saúde* decorre e está intimamente relacionado com a diretriz da participação da comunidade pela qual o SUS deve se organizar, donde advém também traduzir-se na possibilidade de propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes.

Assim, o *controle social* que se pretenda seja exercido pelos Conselhos de Saúde não é o controle *da* sociedade, mas o controle *pela* sociedade. Este controle não se manifesta somente pela possibilidade fiscalizatória ou investigatória acerca das questões relacionadas à execução da política pública de saúde em todos os seus aspectos, mas também pela possibilidade de participar ativamente do processo de decisão acerca das políticas de saúde.

De modo concreto, o controle social exercido pelo Conselho Nacional de Saúde se expressa por meio de suas competências, descritas especialmente nas Leis 8.080/90 e 8.142/90, e nas Resoluções 407/2008-CNS, que aprova seu Regimento Interno em vigor, 453/2012-CNS, que aprova as atuais diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde cujo papel, expressado em termos normativos, foi bastante ampliado, convertendo-se no protagonista do controle social em saúde no Brasil.

No entanto, no que tange à sua eficácia e efetividade, a analogia ao conceito de facções trabalhado por Madison em “O Federalista” nos mostra que a atual estrutura representativa dos Conselhos (especialmente a do Conselho Nacional de Saúde) é permissiva quanto à formação do que podemos chamar facções: entidades representativas que em muitos momentos trabalham não em prol de interesses gerais (ou comuns a todos), mas relacionados às categorias a que estão vinculados.

Quanto a este fator, uma possibilidade de intervenção quanto ao aparecimento de facções é demonstrada: a alteração regimental para impedir que as mesmas representações das categorias segmentárias que formam os Conselhos (notadamente o Conselho Nacional de Saúde) sejam reiteradamente reconduzidas ao Conselho, permitindo que outra entidade do mesmo segmento possa lá tomar assento.

Assim, não se trata de negar a *democracia* representada por meio das eleições realizadas, mas de garantir a construção de pautas de interesses cada vez mais gerais; Portanto, o que se pretende é que seja garantida a representação por segmento e não por entidade.

6 Referências

BARROS, M.E.D. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC, 1998;

BERTOLLI FILHO, C.. *História da saúde pública no Brasil*. 4. ed. 9. impres. São Paulo: Ática, 2006;

BRASIL. Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública;

BRASIL. Decreto n. 34.374, de 8 de abril de 1954. Regulamenta a composição, funções e a periodicidade das reuniões do Conselho Nacional de Saúde;

BRASIL. Decreto n. 45.913, de 29 de abril de 1959. Modifica o regulamento do Conselho Nacional de Saúde;

BRASIL. Decreto n. 847, de 5 de abril de 1962. Dispõe sobre a função do Conselho Nacional de Saúde, amplia o número de conselheiros e mantém a coordenação do Conselho como prerrogativa ministerial;

BRASIL. Decreto n. 55.242, de 18 de dezembro de 1964. Reestrutura o Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Decreto n. 55.642, de 27 de janeiro de 1965. Altera o decreto n. 55.242, de 18 de dezembro de 1964, que reestruturou o Conselho Nacional de Saúde;

BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde. *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988;

BRASIL. Lei n. 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;

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

BRASIL. Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Decreto n. 571, de 22 de junho de 1992. Altera o artigo 2º do Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990, que dispõe sobre a competência do Conselho Nacional de Saúde;

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) n. 01/93, de 20 de maio de 1993;

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 33, de 23 de dezembro de 1992, dispõe sobre recomendações para a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde;

BRASIL. Decreto n. 1.353, de 29 de dezembro de 1994. Altera o artigo 2º do decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990, que dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde;

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 291, de 06 de maio de 1999, dispõe sobre a aprovação do Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde em sua versão final.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 333, de 04 de novembro de 2003, dispõe sobre as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde;

BRASIL. Decreto n. 4.878, de 18 de novembro de 2003. Dispõe sobre a composição do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências;

BRASIL. Decreto n. 5.839, de 11 de julho de 2006. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências;

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 361, de 12 de julho de 2006. Dispõe sobre o processo eleitoral do Conselho Nacional de Saúde.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 364, de 08 de novembro de 2006. Dispõe sobre alterações na Resolução 291, de 6 de maio de 1999, que aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde;

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 407, de 12 de setembro de 2008. Aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde;

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 435, de 12 de agosto de 2010. Altera a Resolução 407, de 12 de setembro de 2008, que aprova o Regimento Interno do Conselho Nacional de Saúde;

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 453, de 10 de maio de 2012. Aprova diretrizes para instituição, reformulação, reestruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde;

BRAVO, M.I.S. Gestão democrática na saúde: a experiência dos conselhos na região metropolitana do Rio de Janeiro. In: *Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Serviço Social*. Brasília: ABEPSS, 2000, vol. 3.

BRITTO, C.A. *Distinção entre 'controle social do poder' e 'participação popular'*. Disponível em: www.mp.gov.br/portalweb/hp/9/dosc/doutrinaparcels_06.pdf. Acesso em 15 de maio de 2013;

CAMPOS, G.W.S. O SUS: entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 12, jan-nov. 2007.

CARVALHO, A.I. *Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995;

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.B.; CARDONI JÚNIOR, L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M; SOARES, D.A; CARDONI JÚNIOR, L. (Orgs). *Bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL, 2001.

COHN, A. Cidadania e formas de responsabilização do poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção à saúde. In: *Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, p. 43-55;

COHN, A. Políticas de saúde: implicações e práticas. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza [et. all]. Orgs. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro; Fiocruz, 2009, p. 244.

CORREA, M.V. Controle social na saúde. In: MOTA, A.E. et. all. (Orgs.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006; Disponível em: <http://poteresocial.com.br/blog/?p=190>. Acesso em 10 de maio de 2013;

CÔRTEZ, S.V.; SILVA, M.K; RÉOS, J.C; BARCELOS, M. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais. In: CÔRTEZ, S.V (Org.). *Participação e saúde no Brasil*: Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009, p. 41-71;

COSTA, A.M. Prefácio. In: CÔRTEZ, S.V. (Org.) *Participação e saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

COSTA, P. *Soberania, representação, democracia: ensaios de história do pensamento jurídico*. Curitiba: Juruá, 2010;

COTTA, R.M.; MENDES, F.F.; MUNIZ, J.R. *Descentralização das políticas de saúde: do imaginário ao real*. Viçosa: UFV, 1998.

MADISON, J. O Federalista n. 10: a utilidade da União como salvaguarda contra a facção e insurreição domésticas (continuação). In: HAMILTON, Alexander; MADISON, James; JAY, John. *O federalista*. Tradução de Viriato Somorenho-Marques e João C.S. Duarte. 2.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2011.

MORETTO, M.A. *A política e a prática de saúde: suas consonâncias e dissonâncias*. Erechim: EDIFAPES, 2002.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais: um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, A.E. et. all. (Orgs.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006; Disponível em: <http://poteresocial.com.br/blog/?p=190>. Acesso em 10 de maio de 2013;

SANI, G. Participação política (verbete) In: BOBBIO, N.; MATEUCCI, N.; PASQUINO, G. *Dicionário de Política*. Trad. Carmem C. Varriale. Brasília: Universidade de Brasília, 1998, vol. 2.

STOTZ, E.N. Participação social (verbete) In: PEREIRA, I.B.; FRANÇA, J.C (Org.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009;

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza [et. al] Orgs. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.