

## Conselhos de Saúde: espaço para o controle social e o exercício da cidadania

---

SANDRA MARA CAMPOS ALVES\*

**Resumo:** O Sistema Único de Saúde (SUS) emergiu do contexto de abertura política, fruto de intensa mobilização social na defesa por um novo direito à saúde. Concebido segundo as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, reacendeu a idéia de participação comunitária no controle das ações governamentais e na orientação dos caminhos a serem percorridos com o objetivo de se construir uma sociedade livre, justa e solidária. Dentre as formas de controle social na saúde, destacamos a figura dos Conselhos de Saúde que se constituíram como espaços próprios para o exercício da cidadania, uma vez que lá são discutidas as estratégias para a implementação de políticas públicas de saúde de interesse de toda a comunidade. Durante os 15 anos de sua existência, houve um grande amadurecimento no desempenho de suas funções, e muitos desafios foram superados. Atualmente, com a adoção, pelo Brasil, de medidas neoliberais que surgem como solução mágica para a grave crise econômica que assola o país, um novo desafio se apresenta para essa instituição: impedir que as conquistas sociais tão duramente alcançadas sejam assoladas por políticas econômicas descomprometidas com o social. Os Conselhos de Saúde mostram-se como uma instituição que precisa ser constantemente fortalecida e defendida, para permanecerem efetivando os direitos já conquistados.

**Palavras-chave:** controle social; conselhos de saúde; políticas de saúde.

---

\* Advogada, especialista em processo civil e aluna especial do Mestrado em Política Social da Universidade de Brasília. E-mail: smcalves@gmail.com

## Health Councils: forums for social control and to exercise the citizenship

**Abstract:** The Brazilian Unified Health System (SUS) emerged from new politics context, resulting from intense social mobilization in the defense for a new right to the health. It was conceived according to directives of decentralization, integral attendance and community participation. It brought up the idea of communitarian participation to control governmental actions and to guide ways to be covered with the objective to constructing a free, solidary and just society. Amongst the forms of social control in the health sector, we detach the Health Councils, that are proper forums for the exercise of the citizenship, once that is argued the strategies for the implementation of health public politics of interest of all community. During the fifteen years of existence of the Health Councils, it had a great matureness in the performance of its functions and many challenges had been surpassed. Currently, with adoption in Brazil of neoliberal measures, that appears as magical solution for the serious economic crisis that devastates the country, appears a new challenge for this institution, to hinder that the social conquests so hardly reached are devastated by economic policies not worried with the social sector. The Health Councils are institutions that constantly need to be fortified and defended to remain accomplishing the conquered rights.

*Keywords:* social control, health councils, health policies.

### Introdução

O fim dos governos militares e o período de transição para a democracia foram marcados pela crise nas políticas sociais, em especial a crise na saúde. Nesse panorama, destacou-se a figura do movimento sanitário, que juntamente com a sociedade civil organizada, passou a defender uma ampla reforma no sistema nacional de saúde então vigente.

Com a promulgação da Constituição de 1988, consolidou-se a conquista do Sistema Único de Saúde, e esta foi, enfim, alçada à condição de direito de todos e dever do Estado, garantido através da adoção de políticas sociais e econômicas que objetivam promoção, proteção e recuperação da saúde, através da redução do risco de doença e outros agravos, e

principalmente ao acesso universal igualitário a essas ações e serviços.

Dentre as diretrizes desse novo sistema de saúde, destacou-se a descentralização, com ênfase na municipalização, o atendimento integral e a participação da comunidade. Após um longo período de repressão das interferências sociais nas ações de governo, a nova Carta Magna estimulava a participação popular e o controle social numa das políticas públicas mais importantes para a sociedade – a da saúde – e esse controle passou a ser desenvolvido através de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde existentes em cada esfera de governo.

Este trabalho visa destacar o papel dos Conselhos de Saúde como forma de controle social, e garantia do exercício direto da cidadania. Mostrar como a sociedade civil, quando organizada, tem o poder de interferir no controle das ações governamentais e na orientação dos caminhos a serem percorridos com o objetivo de se construir uma sociedade livre, justa e solidária.

### A conquista do Sistema Único de Saúde

No Brasil, a partir dos anos 80, iniciou-se um processo de reabertura política. Era o início do fim de governos militares, ditatoriais e centralizadores. Uma das principais causas da queda desse regime foi a forte crise das políticas sociais gerada pela escassez de recursos para solucionar antigas questões estruturais, dessa forma, não havia mais como a ditadura se perpetuar, pois as políticas sociais que eram usadas com essa finalidade estavam em agonia.

Impunha-se a mudança de postura do Estado brasileiro frente às crescentes insatisfações sociais. Era necessária uma nova articulação de interesses visando à implementação de políticas sociais que atendessem aos anseios da sociedade, e

que rompessem com antigos padrões clientelistas, paternalistas e que impediam a participação popular na tomada de decisões. Os direitos sociais não mais poderiam continuar a ser vistos como privilégios, mas sim como direitos inerentes à condição de cidadão.

Durante esse processo de transição política houve grande mobilização no sentido de se implementar novas políticas sociais, em especial no campo da saúde. O movimento conhecido como 'reforma sanitária' defendia uma política de saúde universal, equânime, onde o acesso aos serviços e ações de saúde não estivessem atrelados ao trabalho formal, e com a participação popular.

A nova concepção de saúde como direito de cidadania e dever do Estado, defendida pelo movimento sanitário, possuía um alcance muito amplo. Seu conceito não mais se restringiria à ausência de doença, e sim a um estado de total bem-estar físico, emocional e social.

Ressalte-se que essa nova conceituação de saúde já era defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 1946, quando de sua constituição.

O sistema público de saúde ofertado anteriormente à Constituição de 1988 era caótico, e a insatisfação social era crescente. "Os quebra-quebras de ambulatorios e os conflitos nas filas de espera dos serviços de saúde exprimiram essa insatisfação desde o início dos anos 70" (Luz, [s.d.], p. 205).

Esse Sistema Nacional de Saúde, baseado na Lei nº 6229/75, podia ser resumido como um modelo centralizador e dicotômico das políticas de saúde. Centralizador porque concentrava no governo federal o gerenciamento dos recursos financeiros e o poder decisório sobre as ações a serem implementadas, e dicotômico porque separava as ações de prevenção e recuperação da saúde.

É importante lembrar que o poder decisório era dividido fundamentalmente entre o Ministério da Saúde (relacionado

às ações preventivas de vacinação, entre outras) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (relacionado às ações de assistência à saúde).

O foco da saúde pública estava centralizado em campanhas verticais e prescritivas, de inspiração militarista, advindas da época do sanitarismo campanhista. A participação da sociedade se limitava em atender ao chamado do governo central para comparecer nas campanhas para erradicação de doenças preveníveis por vacinação, como varíola e poliomielite, entre outras.

O modelo antigo privilegiava ainda os gastos com hospitais privados (construções e reformas) em detrimento do atendimento ambulatorial e preventivo (atenção básica), além de excluir a grande massa da população dos serviços públicos de saúde, vez que só tinham acesso os que faziam parte do mercado formal de trabalho; os demais ficavam a cargo das "Santas Casas".

Com o início do processo de abertura política, a sociedade civil começou a se organizar e exigir modificações nesse sistema. Com o intuito de minimizar as deficiências que ele apresentava, e como uma forma de antecipar reivindicações da sociedade civil, o governo central, durante os anos 80, tomou algumas importantes providências.

*Algumas medidas importantes foram tomadas nos anos 80 no sentido de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde. O governo da Nova República favoreceu a descentralização dos serviços nos níveis municipais e distrital, por meio de programas pilotos, e procurou institucionalizar a 'participação popular' nos mesmos serviços, ratificando uma tendência que já vinha do início dos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS). (Luz, 1994, p. 136).*

No entanto, da mesma forma que o movimento sanitário conseguia algumas conquistas, também enfrentava forte pressão da ala médica privada, que era o setor que mais lucrava com a estrutura de saúde vigente. Grandes laboratórios

farmacêuticos, hospitais, clínicas (etc) não estavam dispostos a conceder tão facilmente vitórias ao movimento sanitário, e fizeram grande *lobby* no sentido de verem mantidos seus privilégios.

Mas o movimento sanitário não se intimidou, e durante todo esse período de transição política, ganhou amplo destaque. Inicialmente restrito ao campo acadêmico e científico, ganhou importantes aliados ao defender propostas de um sistema de saúde único e universal, dentre os quais podemos destacar a sociedade civil, organizada através de associação de moradores, centrais sindicais, etc.

Esses atores souberam se articular e promoveram inúmeras discussões e debates. Num primeiro momento, era importante divulgar as propostas e ganhar maior eco, posteriormente, o interesse era fazer a concretização dessas reivindicações.

*O que era, inicialmente, uma luta de profissionais e técnicos de saúde articulados no 'movimento sanitário', amplia-se com a realização de fóruns e plenárias, nas mobilizações pela Constituinte, envolvendo movimentos populares, centrais sindicais, associações de trabalhadores de saúde, conselhos e entidades específicas. (Teixeira, [s.d.], p.10).*

Essa movimentação no campo político e social foi o pano de fundo para a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>1</sup>, que se constituiu como marco histórico para a origem do Sistema Único de Saúde (SUS), formalizado na Constituição de 1988.

Realizada em Brasília, de 17 a 21 de março de 1986, e contando com mais de 4 mil participantes, dentre os quais 50% eram delegados que representavam a sociedade civil organizada, a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi considerada como a pré-constituinte e seu relatório final serviu

<sup>1</sup> A 1ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1941, e durante longo período as Conferências Nacionais de Saúde caracterizaram-se como instrumento técnico de repasse das decisões do nível central para os demais subníveis.

como principal fonte para a formulação do capítulo da saúde na nova ordem constitucional, concretizando assim antigas propostas do movimento sanitário.

Originou-se assim o SUS, no meio de intenso debate político e social, organizado segundo as diretrizes constitucionais da descentralização, com administração única em cada esfera de governo, integralidade no atendimento do usuário, sendo priorizadas as ações preventivas, sem prejuízo das assistenciais e participação da comunidade.

### A regulamentação do Sistema Único de Saúde

Após a promulgação da Constituição, permaneceu o jogo de forças para que fosse regulamentado o Sistema Único de Saúde. Em 1990 foram aprovadas duas leis – Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90 –, que formaram o arcabouço legal conhecido como Lei Orgânica da Saúde.

Ressalte-se que essa regulamentação também não se deu de forma pacífica. De um lado, a ‘oligarquia da saúde’ na defesa de seu latifúndio, no outro extremo, os defensores da reforma sanitária plena.

Nesse embate houve perdas e ganhos de ambos os lados. Quando da aprovação da Lei 8.080/90 – que dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes além de estabelecer outras providências –, o art. 11, que tratava da participação da comunidade no SUS foi vetado, devido à forte pressão política dos grupos refratários às conquistas sociais na área da saúde lideradas pelo movimento sanitário.

Foi necessária nova mobilização dos defensores do SUS para que ainda em 1990, fosse sancionada nova lei – Lei 8.142/90 –, que passou a tratar especificamente da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde.

A Lei nº 8.142/90 afirma que é através das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde que se concretizará a participação da comunidade no SUS.

Com relação às Conferências de Saúde, estabelece que devem ocorrer a cada quatro anos, e contar com a representação dos diversos segmentos da sociedade. As Conferências têm o objetivo de avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação de novas políticas de saúde, visando efetivar em sua plenitude o conceito de saúde como completo estado de bem-estar físico, mental e social.

Já em relação aos Conselhos de Saúde, define que são órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, com atribuições de fiscalização e controle dos serviços e ações executados pelo SUS. A composição dos Conselhos de Saúde deve ser paritária e contar com representantes dos prestadores de serviços, profissionais de saúde, governo e usuários. A garantia da paridade é observada ao se assegurar que 50% dos membros sejam representantes dos usuários, pois só assim se verificará o efetivo exercício do controle social pela sociedade civil.

A Lei nº 8.142/90 também dispõe sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e estabelece, dentre as condições enumeradas pelo Governo Federal para que os repasses financeiros sejam realizados (transferência fundo a fundo), a necessidade da existência e Conselhos de Saúde nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios.

Foi uma forma de se garantir, num primeiro momento, a existência formal dos conselhos de saúde nas esferas subnacionais de governo.

### O controle social e os Conselhos de Saúde

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu, entre as diretrizes do SUS, a participação da comunidade como forma de garantir o controle social nas ações e serviços de saúde.



Essa diretriz é reflexo do novo modelo de Estado em que o Brasil se constituiu, preocupado em modificar o papel do cidadão, de mero expectador para protagonista do processo político que se inaugurava. Nessa esteira de pensamento, se observa no texto da Carta Constitucional a ampla possibilidade de participação da sociedade no controle das ações governamentais e na orientação dos caminhos a serem percorridos com o objetivo de se construir uma sociedade livre, justa e solidária.

Dessa forma, entende-se por controle social, também chamado de controle popular, a participação da sociedade civil na gestão e execução das políticas públicas. Droppa (2004, p. 10) define controle social como sendo “uma forma de se estabelecer uma parceria eficaz e gerar a partir dela um compromisso entre poder público e população capaz de garantir a construção de saídas para o desenvolvimento econômico e social do País”.

O objetivo do controle social é tornar transparentes as ações governamentais para a sociedade. Envolve a capacidade de acompanhar e avaliar as políticas públicas, e assim verificar se estão sendo atendidos os preceitos constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, bem como verificar se a finalidade social está sendo atendida.

Infelizmente, essa participação popular nas decisões sobre as ações e serviços de saúde não foi bem aceita pelos gestores, acostumados a tomarem decisões sem a fiscalização direta da comunidade usuária dos serviços.

Ocorre que, para haver a concretização da verdadeira democracia com o efetivo exercício da cidadania, governo e sociedade devem aprender a trabalhar juntos. Nesse sentido, os Conselhos de Saúde não podem continuar a ser vistos pelos gestores como um empecilho para sua atuação, mas sim como arena própria para o exercício da cidadania, uma vez que lá

são discutidas as estratégias para a implementação de políticas públicas de saúde de interesse de toda a comunidade.

Ademais, as funções desempenhadas pelos gestores e pelos Conselhos de Saúde são diversas, não havendo invasão de competência entre elas. Os Conselhos são responsáveis pela formulação e fiscalização das diretrizes que a política de saúde deve seguir, ao passo que os gestores são responsáveis pela execução dessas ações. O que há de comum entre esses dois atores é o alcance do objetivo final que é a efetivação de uma política de saúde que seja benéfica para a sociedade.

Não se pode evitar o conflito de interesses dentro dos Conselhos, até porque são compostos por atores que representam ideologias diversas que devem ser harmonizadas em prol do bem social, portanto, “não são espaços neutros, imunes a conflitos, contradições e manipulações, mas podem constituir-se em instrumentos abertos ao debate público, às proposições de estratégias para efetivar direitos já conquistados ou a construir.” (Teixeira, [s.d.], p. 14).

### Os Conselhos de Saúde

Os conselhos subsistem nas três esferas de governo – Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde – com a mesma composição: 25% das vagas aos trabalhadores de saúde, 25% dividido entre o representante do governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos e 50% das vagas destinadas aos usuários.

Os Conselhos são independentes entre si, não existindo qualquer grau de subordinação entre eles, havendo apenas uma uniformização nas diretrizes que devem ser defendidas junto a cada nível de governo.

O Conselho Nacional de Saúde muitas vezes dá suporte aos conselhos subnacionais no desempenho de suas atividades, no tocante a orientação, capacitação e elaboração de diretrizes gerais. Complementarmente, os conselhos estaduais e municipais legitimam as ações do Conselho Nacional de Saúde fortalecendo a sua atuação junto ao nível federal de governo.

O Conselho Nacional de Saúde existe desde 1937, mas antes funcionava como órgão de assessoramento do Ministério da Educação e Saúde. Apenas em 1990, com o Decreto nº 99.438, o Conselho Nacional de Saúde passou a funcionar nos moldes do novo Sistema Único de Saúde.

#### *Resolução nº 33/1992*

Visando acelerar a consolidação do controle social do SUS através dos Conselhos de Saúde (estaduais e municipais), o Conselho Nacional de Saúde aprovou em 23 de dezembro de 1992, a Resolução nº 33, que trazia em anexo as recomendações para a constituição e estruturação dos referidos conselhos nas esferas subnacionais.

Aprovada num momento turbulento da vida política brasileira, pois no final de setembro de 1992 foi aberto o primeiro processo de *impeachment* da história brasileira, que acabou gerando a renúncia do então presidente Fernando Collor, representou uma importante conquista na continuidade da implantação do Sistema Único de Saúde.

Através da Resolução 33/1992, buscava-se assim, estabelecer uma padronização nas regras gerais sobre os conselhos de saúde, sua definição, composição, estrutura e competência. Essa Resolução permaneceu inalterada durante longo período, época em que a participação da sociedade civil foi se tornando cada vez mais intensa e o controle social foi amadurecendo.

Nesse ínterim, leis<sup>2</sup> foram publicadas no sentido de obrigar os gestores do Sistema Único de Saúde a prestar contas periódicas aos Conselhos de Saúde, bem como realizar audiências públicas nas câmaras de vereadores e assembleias legislativas respectivas, sempre com o intuito de publicizar as ações governamentais na área da saúde, e legitimar a atuação dos Conselhos de Saúde.

Na 11<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, de 15 a 19 de dezembro de 2000, foi deliberada a necessidade de reformulação da Resolução nº 33/1992, e que deveriam ser ouvidas as sugestões dos conselhos subnacionais.

Durante o ano de 2001, a discussão se intensificou e durante a realização da 10<sup>a</sup> Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, ocorrida de 18 a 20 de novembro daquele ano, as propostas para a reformulação da Resolução nº 33 foram debatidas e deliberadas.

Finalmente, em 4 de dezembro de 2003, já no governo Lula, foi aprovada a Resolução nº 333 que revogou inteiramente a sua antecessora.

Ressalte-se que durante esse período houve a multiplicação do modelo de controle social em outras políticas públicas através da implantação de conselhos, onde destacamos os conselhos na área de assistência social, criança e adolescente, educação, etc.

### *Resolução nº 333/2003*

A Resolução nº 333/2003 objetiva consolidar, fortalecer e ampliar o controle social do SUS, e foi fruto de intenso debate e reiteradas demandas dos conselheiros estaduais e municipais buscando um melhor desempenho de suas funções.

<sup>2</sup> V. Lei nº 8.689/93 e Decreto nº 1.615/95.

Estabeleceu importantes mudanças na reformulação dos conselhos de saúde, principalmente com relação ao aumento das suas atribuições dos conselhos de saúde, sem que houvesse perda das competências contidas na Resolução nº 33/1992, (Quadro 1).

Esse aumento de competência dos Conselhos de Saúde é resultante de uma posição atuante no exercício do controle social, e do amadurecimento de questionamentos dos conselheiros. É a partir do exercício da cidadania que vão surgindo as necessidades de se ampliarem os espaços de discussão e de intervenção da sociedade nas ações e serviços públicos de saúde.

### Os usuários dentro dos Conselhos de Saúde

Como dito anteriormente, o segmento dos usuários detém 50% das vagas dentro dos Conselhos de Saúde e são representados pelos seguintes grupos: associações de portadores de patologias; associações de portadores de deficiências; entidades indígenas, movimentos sociais e populares organizados; movimentos organizados de mulheres, em saúde; entidades de aposentados e pensionistas; entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e federações de trabalhadores urbanos e rurais; de entidades de defesa do consumidor; organizações de moradores; entidades ambientalistas; organizações religiosas, dentre outros.

Inicialmente, esse segmento era bem despreparado para discutir as questões relativas ao SUS, pois não possuía domínio sobre o assunto (legislação específica, organização, orçamento, financiamento, dados epidemiológicos da região onde atuam, noções sobre políticas públicas, etc.), mas, ao longo desses 15 anos de existência dos Conselhos de Saúde, o segmento dos usuários tem buscado ficar em situação de igualdade com os demais membros. Para tanto, foram de

## Quadro 1 – Competências dos Conselhos de Saúde

(continua)

<b>Resolução nº 33/1992</b>	<b>Resolução nº 333/2003</b>
Examinar propostas e denúncias, responder a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado;	<i>Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidade, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes a ações e serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Colegiado, nas suas respectivas instâncias;</i>
Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde;	<i>Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente;</i>
Propor a convocação e estruturar a comissão organizadora das Conferências Estaduais e Municipais de Saúde;	<i>Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde;</i>
Fiscalizar a movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde;	<i>Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, DF e da União;</i>
Estimular a participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde;	<i>Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento;</i>
Propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos;	<i>Propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, acompanhando a movimentação e destinação de recursos;</i>

(continua)

Resolução nº 33/1992	Resolução nº 333/2003
Estabelecer critérios e diretrizes quanto à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS;	<i>Estabelecer critérios e diretrizes operacionais relativas à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade;</i>
Elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;	<i>Elaborar o Regimento Interno do Conselho e suas normas de funcionamento;</i>
Estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde de interesse para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;	<i>Estimular, apoiar ou promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde;</i>
Outras atribuições estabelecidas pela Lei Orgânica da Saúde e pela IX conferência Nacional de Saúde.	
	Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde;
	Discutir, elaborar e aprovar propostas de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde;
	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 públicos e privados;
	Definir as diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;
	Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho (...);

(conclusão)

<b>Resolução nº 33/1992</b>	<b>Resolução nº 333/2003</b>
	Proceder à revisão periódica dos planos de saúde;
	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 em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos na área da Saúde;
	Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do SUS;
	Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do DF e Municipais;
	Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na LDO (art. 195, §2º CF/88), observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes (art. 36, Lei nº 8080/90);
	Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento;
	Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde;
	Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões;

importância fundamental as capacitações promovidas pelo Conselho Nacional de Saúde, no sentido de universalizar as informações necessárias ao bom desempenho das funções dos conselheiros.



O tema da capacitação é recorrente nas plenárias das Conferências Nacionais de Saúde, onde são postas as dificuldades para que os conselheiros exerçam suas atribuições legais. Atualmente o Conselho Nacional de Saúde defende um processo de capacitação contínuo, permanente e descentralizado, onde devem ser respeitadas as peculiaridades de cada grupo, garantindo assim uma maior efetividade do programa.

*Nesse sentido, tornou-se fundamental desencadear processos de capacitação de Conselheiros de Saúde que possibilitem, além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de construção do modelo assistencial adequado a seus princípios e diretrizes, também uma compreensão ampliada de saúde, na qual seja possível uma maior articulação intersetorial, de modo que a ação do Conselho possa ser caracterizada como de formulação e deliberação de políticas públicas comprometidas com a qualidade de vida. (Ministério da Saúde, 2002, p.7).*

Essa redução na assimetria de informações entre os segmentos que compõem os Conselhos de Saúde é fundamental para que haja uma verdadeira equidade no exercício do controle social nas políticas de saúde.

Podemos afirmar, sem sombra de dúvida, que, de forma gradativa, os usuários têm passado a “dominar” os Conselhos de Saúde, e, assim, evitaram que esse órgão servisse apenas como massa de manobra para a aprovação das ações dos gestores, ou para possibilitar o repasse de recursos financeiros.

Alguns fatores podem ter contribuído para esse aumento da participação popular, via usuários, dentre os quais destacamos: o crescente interesse dos usuários pelos sistemas de saúde; o desenvolvimento de movimentos sociais, em especial o de consumidores e usuários de serviços públicos de saúde; a mudança na relação médico-paciente; o desenvolvimento de ações de promoção da saúde; o foco na

defesa da qualidade dos serviços públicos de saúde, e por fim, a crise no financiamento da saúde.

Com relação ao interesse dos usuários pelo sistema público de saúde, houve uma conscientização de que eram suas contribuições diretas e indiretas que financiavam esse novo sistema público de saúde, e que eles poderiam ter direito a outros serviços diferentes daqueles que eram ofertados anteriormente, principalmente no que toca às ações de alta e média complexidade.

Essa percepção aliou-se à crescente mobilização social na defesa de direitos dos consumidores<sup>3</sup>, fazendo com que aumentasse a pressão pela melhoria na qualidade de atendimento dos serviços prestados, inclusive pelo setor saúde. Instalava-se uma nova ordem de proteção dos direitos sociais.

Entretanto, essa pressão não foi exercida de forma linear por todos os grupos, e aqueles que conseguiram uma maior mobilização conquistaram medidas específicas que os beneficiaram, como os grupos de portadores de AIDS, que conseguiram que o SUS garantisse de forma contínua a distribuição dos medicamentos necessários, e os pacientes renais crônicos, que alcançaram a formalização de ações específicas para o atendimento de suas necessidades.

Todos esses fatores levaram os usuários a abandonar a postura passiva, e a passarem a ser agentes atuantes na defesa de um SUS de qualidade. Como consequência, houve uma valorização da figura do paciente e uma maior humanização no atendimento médico.

O Estado também passou a se preocupar em desenvolver ações que promovessem a saúde, não mais centrando sua política de atuação em ações curativas. Tal mudança de

<sup>3</sup> Destacamos a aprovação do Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 8.078, em 11 de setembro de 1990.

concepção necessitava de uma maior participação dos usuários, pois estes passariam a funcionar conjuntamente com o Estado, como executores de ações de saúde.

Formaram-se assim grupos de auto-ajuda, onde os pacientes portadores da mesma patologia se uniam para o controle de suas doenças; grupos de solidariedade, onde pessoas voluntárias desenvolviam ações para cuidar dos doentes mais abandonados; e ações de autocuidado, onde se incentivava o cuidado pelo próprio paciente de problemas que poderiam conduzir a um adensamento de sua patologia.

A partir do ano de 1993, houve um sério agravamento no financiamento da saúde, resultante da suspensão do repasse para o Ministério da Saúde dos recursos originários da contribuição sobre folha de salário, que foram usados para cobrir o déficit da Previdência Social.

Esse novo fato fez com que nova mobilização da sociedade civil fosse necessária no sentido de vincular recursos para a área da saúde e, dessa forma, regularizar o fluxo financeiro para esse setor.

A aprovação da Emenda Constitucional nº 29, em 13 de setembro de 2000, representou a garantia de patamares mínimos de investimentos na saúde, e, ainda, a repartição da responsabilidade pelo financiamento da saúde com as demais esferas subnacionais.

Essa mudança de atitude por parte do governo e da sociedade civil em torno da política de saúde fez com que os usuários percebessem a necessidade de se fazerem representar de forma organizada dentro dos conselhos de saúde.

Percebeu-se que aqueles grupos com maior capacidade de organização e de vocalização de suas necessidades individuais conseguiam atingir e conquistar mais facilmente seus objetivos, fortalecendo a idéia do controle social.

## Principais dificuldades enfrentadas pelos Conselhos de Saúde

É comum ver nos relatos sobre o tema que os principais problemas apontados pelos conselheiros como obstáculo ao pleno exercício de suas atribuições, são aqueles relacionados à estrutura dos conselhos, vejamos alguns: a) em regra, o endereço dos Conselhos é o mesmo da Secretaria de Saúde, e, salvo raras exceções, não há, dentro da Secretaria, um espaço exclusivo para o funcionamento dos conselhos; b) ausência de dotação orçamentária própria para os Conselhos de Saúde, apesar de ser um órgão do Poder Executivo, o que interfere na garantia de infra-estrutura física, administrativa e financeira; e c) inexistência de regras que assegurem o livre exercício do mandato de conselheiro.

Essas dificuldades refletem-se diretamente em maior ou menor autonomia dos Conselhos de Saúde em relação ao Poder Executivo. Para esse último, é interessante manter os Conselhos de Saúde dependentes, pois assim poderão barganhar para conseguir aprovações nos encaminhamentos do seu interesse.

É fácil perceber que, ao longo dos anos, o embate de forças entre conselheiros e gestores só tem aumentado, e isso se deve pelo aumento da consciência, por parte dos conselheiros, do poder de interferir nos rumos das políticas de saúde, fundamentalmente no controle sobre a utilização dos recursos públicos destinados para essa área.

Entretanto, para que os conselheiros exerçam corretamente seu papel na definição e acompanhamento da execução das políticas públicas de saúde é necessário fortalecê-los, tanto do ponto de vista da capacitação e estabelecimento de garantias e estabilidades, como no investimento da estrutura física dos Conselhos de Saúde.

Dentre as principais propostas defendidas na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, de 7 a 11 de dezembro de 2003, no sentido de permitir uma maior autonomia dos Conselhos e dos conselheiros, podemos destacar:

- garantir a infra-estrutura física, administrativa e financeira dos Conselhos de Saúde através de dotação orçamentária própria;
- criação de regras para que os conselheiros não possam ter vínculos de qualquer tipo com o gestor: cônjuge, parentes por consangüinidade ou por afinidade até o segundo grau;
- vedar a participação como representante dos usuários, de pessoas que possuam vínculo com o Poder Executivo correspondente, através de cargos comissionados, funções gratificadas ou prestadores de serviços;
- estabelecer regras de votação secreta e direta entre os membros do Conselho para a escolha do seu presidente;
- garantir a eleição de conselheiros nas três esferas, através de assembléia específica para esse fim;
- proibição para que a mesma pessoa represente a mesma entidade por mais de dois mandatos consecutivos de conselheiro;
- assegurar o livre exercício do mandato de conselheiro, através da adoção das seguintes medidas: garantia de estabilidade no emprego durante o mandato e por igual período subsequente, adoção de carteira de identificação de conselheiro para facilitar a fiscalização e o controle de todas as instâncias e órgãos do SUS, criação de um fundo de proteção que ampare os

conselheiros em caso de acidente debilitantes ou fatais, quando no exercício de suas funções.

Ao destacarmos essas reivindicações, mais uma vez percebemos a conscientização dos conselheiros de seu papel transformador na política de saúde brasileira, e o empenho em garantir que sua atuação se reverta em ações que beneficiem toda a sociedade, sobretudo os grupos mais fragilizados.

Os conselhos representam o governo, os prestadores de serviço, os profissionais de saúde e, principalmente, os usuários. Se os usuários não tiverem coesão interna, se não tiverem meios de se apropriarem das informações necessárias para a tomada das melhores opções, se não souberem o que realmente necessitam para melhorar o nível de saúde, se não tiverem a capacidade de mobilizar a sociedade que representam os conselhos, não terão atingido seu principal objetivo que é controle social.

### Outras formas de controle social na saúde

A opção do Brasil em ser um Estado Democrático de Direito significa que nossa Nação resolveu primar, pelo reconhecimento e garantia dos direitos fundamentais, além de permitir que a sociedade civil intervenha na construção e defesa das políticas públicas.

O princípio democrático de que todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, está cristalizado no art. 14 da Carta Magna, que estabelece ainda que a soberania popular pode ser exercida através do sufrágio universal e pelo voto (direto e secreto), mediante o plebiscito, referendo ou iniciativa popular.

Podemos perceber que a Constituição de 1988, estabelece vários momentos em que a sociedade civil pode

intervir, de forma isolada ou coletiva, na defesa de seus direitos, em especial, no direito à saúde.

O cidadão pode exercer o controle social na saúde, e, com isso, definir os rumos que essa importante política pública seguirá quando apresenta projetos de lei (art. 61, §2º), participa de audiências públicas para debatê-los (art.58, §2º, II), participa dos referendos e plebiscitos para discussão de assuntos relevantes (art. 49, XV).

Morais (2003, p. 237) estabelece a diferença entre o plebiscito e o referendo afirmando que:

*Enquanto o plebiscito é uma consulta prévia que se faz aos cidadãos no gozo de seus direitos políticos, sobre determinada matéria a ser, posteriormente, discutida pelo Congresso Nacional, o referendo consiste em uma consulta posterior sobre determinado ato governamental para ratificá-lo, ou no sentido de conceder-lhe eficácia (condição suspensiva), ou ainda, para retirar-lhe eficácia (condição resolutive).*

Da mesma forma, quando aqueles indivíduos estão organizados em confederação sindical ou entidade de classe de âmbito nacional podem propor a retirada do mundo jurídico de uma lei considerada inconstitucional (ação direta de inconstitucionalidade, art. 103). A Constituição também prevê que esses mesmos indivíduos podem ajuizar ação quando verificarem que os preceitos fundamentais contidos nesta Carta estão sendo descumpridos pelo Poder Público (art. 102, §1º e Lei nº 9.882/99).

A Constituição lista ainda os remédios constitucionais para a defesa de direitos fundamentais. Esses remédios servem para frear os abusos cometidos pelo Poder Público contra a sociedade e “são usados quando o simples enunciado dos direitos fundamentais não é suficiente para assegurar o respeito a eles” (Pinho, 2003, p. 131).

Para a defesa do direito à saúde, podemos destacar os seguintes *writs* constitucionais:

O *Habeas Data* (art. 5º, LXXII) garante o acesso à informação relativa à pessoa do impetrante, constante de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público, bem como a retificação desses dados visando, assim, à veracidade das informações constantes naqueles órgãos. É um procedimento totalmente gratuito.

O Mandado de Segurança tutela direito líquido e certo não amparado pelo *habeas data* ou *habeas corpus*, quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder for autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do poder público. Pode ser individual (art. 5º, LXIX) ou coletivo (art. 5º, LXX).

Direito líquido e certo se refere exclusivamente aos fatos. Assim, estando estes devidamente comprovados através de documentação hábil e inequívoca, está cumprido o requisito.

O mandado de segurança coletivo pode ser impetrado por partido político com representação nacional ou por organização sindical, entidade de classe ou associação, desde que a última esteja legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano, e que a ação seja para a defesa dos interesses de seus membros e associados.

O Direito de Petição (art. 5º, XXXIV, a) é a possibilidade de se peticionar junto à Administração Pública, na defesa de direitos próprios ou alheios, ou ainda contra ilegalidade ou abuso de poder, e é assegurado o seu exercício independente do pagamento de taxas. Os abaixo-assinados são o exemplo mais clássico de direito de petição coletivo.

O Direito de Certidão (art. 5º, XXXIV, b) é usado para a obtenção de certidões, junto aos órgãos públicos, para defesa de direitos ou esclarecimento de situações de interesse pessoal. O conceito de certidão deve ser entendido como “documento expedido pela Administração Pública, comprovando a existência de um fato e gozando de fé pública até prova em contrário” (Pinho, 2003, p. 147).



Quando a certidão é requerida, o órgão da Administração direta ou indireta, tem o prazo legal (Lei nº 9.051/95) e improrrogável de 15 (quinze) dias para atender a solicitação, contados da data em que o pedido foi protocolado no órgão. A ausência da entrega da certidão dentro do prazo acima já implica violação de direito líquido e certo, autorizando o indivíduo a ajuizar mandado de segurança. Ressalte-se que esse direito também é gratuito, portanto os órgãos públicos não podem cobrar nenhum tipo de taxa para a expedição das certidões.

O Mandado de Injunção (art. 5º, LXXI) pode ser utilizado sempre que a ausência de norma regulamentadora torne inviável o exercício dos seus direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania.

Ocorre sempre que a Constituição elenca direitos (inerentes à soberania, nacionalidade e cidadania) que não são auto aplicáveis e, portanto, precisam de norma para regulamentar seu exercício. Assim, a ausência dessa norma faz com que o direito constitucional previsto não possa ser fruído.

A Ação Popular (art. 5º, LXXIII) permite que qualquer cidadão anule ato lesivo ao patrimônio público ou de entidade de que o Estado participe, sempre que este ato atentar contra a moralidade administrativa, o meio ambiente e o patrimônio histórico e cultural. Dessa forma, possibilita que todo cidadão exerça a fiscalização dos atos públicos de forma mais eficaz.

Percebe-se, portanto, que a Constituição de 1988 é extremamente comprometida com o social, e que, após anos de autoritarismo e de regimes ditatoriais, houve uma retomada da valorização dos direitos do cidadão.

O grande número de instrumentos de controle social previsto no bojo da Constituição permite a qualquer cidadão, o

exercício diário de fiscalização e execução das políticas públicas adotadas pelo governo.

O que ainda não se alcançou foi a consciência cidadã em sua plenitude. A certeza de que os instrumentos previstos, quando eficazmente utilizados, efetivam a democracia, e que, quanto mais esses instrumentos forem de domínio público, maior será o poder do cidadão.

### Novos desafios para o controle social na saúde

Atualmente, a onda de política neoliberal representa uma ameaça constante às conquistas sociais. Propõe um conjunto de medidas que se apresenta como solução mágica para a grave crise econômica que assola o Brasil, e os demais países da América Latina.

Propostas como o desfinanciamento das políticas públicas e diminuição dos benefícios sociais são soluções apontadas pelos economistas ortodoxos como forma de se conter os gastos do País. Fleury ([s.d.], p. 125) aponta, dentro da agenda reformista dos anos 90, aquelas destinadas ao setor saúde, quais sejam “ (...) predominam os preceitos de retirada do setor público das funções de asseguramento e provisão, reservando-lhe apenas a concessão de um pacote básico de atenção à saúde para a população pobre que seja incapaz de adquirir um seguro no mercado”.

Diante desse panorama, é imprescindível que a sociedade civil novamente se mobilize para que os direitos sociais, tão duramente conquistados, não sejam agora destituídos de importância pelas agências internacionais, e usados pelo governo central como barganha para liberação de dinheiro por organismos internacionais.

Nesse sentido, os conselhos de saúde se apresentam como um importante canal de comunicação entre o Poder

Executivo e a sociedade civil organizada na defesa do direito à saúde universal e equânime. Funcionam como um espaço público para discussão e construção de um consenso em torno das questões polêmicas que atingiriam toda a sociedade.

Como guardiões da política de saúde universal, os Conselhos de Saúde devem sempre se mostrar vigilantes e atuantes não só no momento da conquista do direito, mas, principalmente, velando pela sua manutenção.

### Conclusão

O controle social é uma eficiente forma de se garantir, numa sociedade democrática, a participação popular nas decisões e rumos das ações governamentais, em especial das políticas públicas.

No setor saúde, a participação social é garantida principalmente através da construção dos Conselhos de Saúde em todos os níveis de governo, que funcionam como órgãos colegiados, permanentes e deliberativos, que desempenham funções de fiscalização e controle das ações e serviços públicos de saúde.

Observamos que, durante os 15 anos de existência dos Conselhos de Saúde, estes vêm desempenhando importante papel na defesa desse direito universal, e na concretização das conquistas do direito social à saúde.

Muitos desafios foram superados com o amadurecimento institucional dos Conselhos, muitos ainda carecem de resposta e muitos outros foram postos somente agora, o que mostra a complexidade de uma instituição que precisa ser fortalecida e defendida, pois funciona como arena própria para discussão permanente e estabelecimento de diretrizes para as políticas públicas de saúde.

## Referências bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde*. Brasília (DF), 2002.
- \_\_\_\_\_. *A prática do controle social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS*. Brasília (DF), 2000.
- \_\_\_\_\_. *Conselho de Saúde – guia de referência para sua criação e organização*. Brasília (DF), [s.d.].
- \_\_\_\_\_. *Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde (manual básico)*. 3.ed. Brasília (DF), [s.d.].
- \_\_\_\_\_. *Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília (DF), 2004.
- \_\_\_\_\_. *Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003*. Brasília (DF), 2005.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: DF, Senado, 1998.
- \_\_\_\_\_. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Brasília (DF): Senado, 1990.
- \_\_\_\_\_. *Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990*. Brasília (DF): Senado, 1990.
- CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. *Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080/90 e 8.142/90) Sistema Único de Saúde*. 2. ed. São Paulo: Editora Husitec, 1995.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. A Constituição Brasileira e Sistema Único de Saúde, aspectos legais do SUS. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Incentivo à participação popular e controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília (DF), [s.d.]. p. 18-28.
- DI PIETRO, Maia Sylvia Zanella. *Direito Administrativo*. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- LUZ, Madel Therezinha. As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde da década de 80. In: \_\_\_\_\_ *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 131-152.
- \_\_\_\_\_. *Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática: anos 80*. [s.l.: s.n., s.d.]. p. 201-216.

MORAES, Alexandre de. *Direito Constitucional*. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

PINHO, Rodrigo César Rebello. *Teoria Geral da Constituição e Direitos Fundamentais*. 4ª ed. São Paulo: Saraiva, 2003. v.17.

\_\_\_\_\_. *Da Organização do Estado, dos Poderes e Histórico das Constituições*, vol.18. 5ª ed. SP: Saraiva, 2003. v.18.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. *Movimentos sociais e conselhos*. Disponível em: <<http://www.rebidia.org.br/abong3.html>>. p. 7-19.

TEIXEIRA, Sonia Fleury (orgs). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. *Contra-reforma e resistência*. [s.l. : s.n., s.d.]. p. 123-150.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. *Controle social: perguntas e respostas*. Florianópolis: UFSC, 2004.

Artigo recebido em 30 julho de 2005 e aprovado em 10 de outubro de 2005.