

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**MARIA ALICE GABIATTI ALESSIO**

**CONSELHOS DE SAÚDE:**

**A percepção dos membros do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande  
do Sul (CES/RS) quanto a este modelo de controle social**

**PORTO ALEGRE, RS  
2016**

**MARIA ALICE GABIATTI ALESSIO**

**CONSELHOS DE SAÚDE:**

**A percepção dos membros do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) quanto a este modelo de controle social**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Administração.

Área de concentração: Estudos Organizacionais.

Orientador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

**PORTO ALEGRE, RS  
2016**

## CIP - Catalogação na Publicação

Alessio, Maria Alice Gabiatti  
CONSELHOS DE SAÚDE: A percepção dos membros do  
Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul  
(CES/RS) quanto a este modelo de controle social /  
Maria Alice Gabiatti Alessio. -- 2016.  
101 f.

Orientador: Ronaldo Bordin.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa  
de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR-RS,  
2016.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Políticas,  
Planejamento e Administração em Saúde. 3. Políticas  
Públicas. 4. Políticas de Controle Social. 5.  
Conselhos de Saúde. I. Bordin, Ronaldo, orient. II.  
Titulo.

**Folha de aprovação**

**MARIA ALICE GABIATTI ALESSIO**

**CONSELHOS DE SAÚDE:**

**A percepção dos membros do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) quanto a este modelo de controle social**

**Conceito Final: Aprovada**

**29 de dezembro de 2016.**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr Fábio Bittencourt Meira  
PPGA- UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria Ceci Misoczky  
PPGA- UFRGS

---

Prof. Dr Roger dos Santos Rosa  
PPGS- UFRGS

---

Prof. Dr Ronaldo Bordin - Orientador  
PPGA- UFRGS

## RESUMO

Existe um consenso que o modelo atual de Conferências de Saúde se esgotou e questionamentos quanto à efetividade do controle social efetuado via Conselhos de Saúde. Objetivo: Descrever a percepção dos membros do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) quanto ao modelo de controle social por meio de conselhos de saúde. Métodos: Entrevistas semiestruturadas com representantes titulares dos quatro segmentos do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS), realizadas em 2016. Resultados: Embora com graus diferentes de problematização, todos os entrevistados percebem que o modelo de conselhos para o controle social na saúde urge aprimoramento e que a realidade do CES/RS é semelhante aos demais conselhos no país. Os mecanismos percebidos como falhos pelos entrevistados e que deveriam ser aprimorados relacionam-se, principalmente: ao quadro de conselheiros; ao imperativo de maior reconhecimento, flexibilidade e integração do órgão; e, à necessidade de um modelo fortalecido e que cumpra integralmente suas atribuições com efetiva representatividade. Como pontos positivos, quase que por unanimidade, convencionou-se destacar a existência dos conselhos como uma conquista social. Ao se buscar a existência de proposta alternativa à atual dos conselhos chegou-se à constatação do desconhecimento da existência de tais propostas pelos entrevistados, ainda que tenha sido percebida a necessidade de novo modelo. Conclusão: Segundo a percepção dos conselheiros entrevistados, semelhante aos relatos encontrados na literatura, são várias as dificuldades que os conselhos enfrentam enquanto órgãos de controle social. Neste contexto, sua adequação como modelo de democracia participativa deve ser, ao menos, interrogada.

Descritores: Sistema Único de Saúde. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. Políticas Públicas. Políticas de Controle Social. Conselhos de Saúde.

## **ABSTRACT**

There is a consensus that the current model of Health Conferences are exhausted and there are questions about the effectiveness of social control carried out through Health Councils. Objective: To describe the perception of members of the State Health Council of Rio Grande do Sul (CES/RS) regarding the model of social control through health councils. Methods: Semistructured interviews with representatives of the four segments of the State Health Council of Rio Grande do Sul (CES/RS), held in 2016. Results: Although with different degrees of questioning, all respondents realize that the advice model for social control in health improvement is urgent and that the reality of CES / RS is similar to other councils in the country. The mechanisms perceived as flawed by respondents and should be improved relate mainly: the advisory board composition; the need for greater recognition, flexibility and integration of the Council; and the need for a strengthened model that fully fulfills its attributions. As a positive point, almost unanimously, stands out the existence of councils as a social achievement. Regarding the existence of an alternative proposal to the current councils, it was verified the lack of knowledge of the existence of such proposals by the interviewees, even though the need for a new model was perceived. Conclusion: According to the perception of the counselors interviewed, similar to the reports found in the literature, the councils face several difficulties as a mechanism of social control. In this context, its adequacy as a model of participatory democracy must be at least questioned.

**Keywords:** Unified Health System. Health Policy, Planning and Management. Public Policies. Social Control Policies. Health Councils.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Controle <i>versus</i> Modelo de controle <i>versus</i> Participação Social.....	16
Quadro 2 - Princípios do Sistema Único de Saúde.....	20
Quadro 3 - Lacunas verificadas pelo TCU nos conselhos de saúde.....	38
Quadro 4 - Caracterização dos entrevistados.....	45
Quadro 5 - Respostas à terceira questão: conceito de controle social e no que ele se diferenciaria do conceito de participação social.....	47
Quadro 6 - Respostas à quarta questão: pontos positivos e negativos percebidos no modelo de controle social via conselhos de saúde e, especificamente, fatores envolvendo o Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) .....	50
Quadro 7- Respostas à sexta questão: O Senhor(a) identifica alguma proposta alternativa à proposta atual dos conselhos de saúde para efetivar o controle social no SUS? Se sim, quais seriam as vantagens/desvantagens frente ao atual.....	58
Quadro 8 – Frequência de críticas enumeradas quanto aos conselhos de saúde como instrumento de controle social .....	61

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CES/RS - Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

CF- Constituição Federal

CGU- Controladoria-Geral da União

CNS- Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

GF - Grupos focais

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IPs- Instituições Participativas

MS- Ministério da Saúde

RIDE- Rede Integrada de Desenvolvimento

RS - Rio Grande do Sul

SciELO - *Scientific Electronic Library Online*

SUS- Sistema Único de Saúde

TCU- Tribunal de Contas da União

UERGS - Universidade Estadual do Rio Grande do Sul

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1. Justificativa.....	11
1.2. Objetivos .....	13
<b>2. CONTEXTO DO ESTUDO.....</b>	<b>14</b>
2.1 Participação e Controle Social .....	14
2.2 Controle Social no Brasil.....	16
2.3 Controle Social na Área da Saúde no Brasil.....	19
2.4 O Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do SUL (CES/RS).....	28
2.5 Críticas aos Conselhos de Saúde no Brasil.....	34
<b>3. MÉTODOS.....</b>	<b>41</b>
3.1 Descrição dos métodos.....	41
3.2 Instrumento de coleta de dados.....	43
<b>4. RESULTADO E DISCUSSÃO.....</b>	<b>44</b>
4.1 Características dos entrevistados.....	44
4.2 Controle social <i>versus</i> participação social.....	46
4.3 Fatores atrelados à efetivação do controle social por meio de conselhos de saúde.....	49
4.4 Adequação do modelo de controle social via os conselhos de saúde .....	53
4.5 Proposta de modelo alternativo aos conselhos para a efetivação do controle social na saúde.....	58
4.6 Elementos limitantes ao controle social .....	60
<b>5. CONCLUSÃO .....</b>	<b>66</b>

## REFERÊNCIAS

### ANEXOS

ANEXO 1- Quadro resumo das principais características da 1ª à 14ª Conferência Nacional de Saúde.

ANEXO 2- Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

ANEXO 3- Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.

ANEXO 4- Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011.

## 1. INTRODUÇÃO

Acredito que o conhecimento pode tornar o mundo um lugar melhor para se viver. Apesar da afirmação acima possuir vícios de linguagem e parecer um tanto quanto utópica, é exatamente ela o maior motivador desta pesquisa. Dito isto, uma pesquisa voltada ao controle social no Brasil no que diz respeito aos conselhos de saúde, com foco no Rio Grande do Sul, é uma forma de demonstrar como o conhecimento pode transformar realidades.

Minha graduação foi em Administração de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS), no início de 2015. Desde então, estou em contato com temáticas relacionadas tanto à área da saúde quanto às políticas públicas. Neste período de tempo, cada vez mais identifiquei como o conhecimento acadêmico pode vir a auxiliar gestores nas tomadas de decisões, para que planejem e executem políticas públicas, especialmente na saúde, com maiores benefícios sociais.

É uma angústia latente em mim a consciência que, passados mais de 26 anos da aprovação da Constituição Federal “Cidadã” que, em tese, garantia o direito de maior relação da sociedade civil com seus dirigentes e maior “voz e vez”, algumas de suas ferramentas não seja efetivamente um meio para a democracia participativa - o caso dos conselhos de saúde. Tais ferramentas deveriam ser um canal de participação direta da sociedade na fiscalização, participação e execução de políticas de saúde, atuando como “órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos que formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem políticas públicas” (MS, 2013). No caso dos conselhos de saúde, cabe a reponsabilidade de ser o meio para o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para o Ministério da Saúde (2013), os conselhos são a real possibilidade de participação social, e está é fundamental para o exercício pleno da liberdade e da cidadania.

PARTICIPAÇÃO é o caminho da democracia. E um dos cinco princípios da democracia. Transforma a realidade, possibilita construir os caminhos percorridos pela humanidade e dar sentido aos outros princípios: igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade (BRASIL, 2013, p.04).

O modelo de democracia participativa, por meio dos conselhos de saúde, como um modelo satisfatório para a realidade brasileira está sendo questionado por diferentes autores, entre eles: Berclaz (2014), Guershman (2004), Breder (2014), Pereira (2009), Guizardi e Pinheiro (2006), Medeiros (2010), Valla (1998), Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009),

Semionatto e Nogueira (2001), Oliveira (2010) e Correia (2005). Para eles, referendar este modelo significa aceitar que uma parte dos direitos garantidos pela nossa constituição não seja cumprida. Neste contexto, a discussão quanto ao modelo de controle social por meio dos conselhos de saúde reveste-se de importância e é o propósito deste estudo descritivo.

## 1.1. JUSTIFICATIVA

Uma vez determinada a saúde como um direito universal e uma obrigação do Estado, assim como instituída as conferências e os conselhos de saúde como as duas formas principais de participação social para o controle das políticas de saúde no Brasil é desejável, no mínimo, que tais mecanismos sejam efetivos.

Entretanto, já é quase que um consenso a superação das conferências nacionais de saúde como um meio de controle social. Narvai (2011) realizou um diagnóstico das principais conferências de saúde, concluindo pelo esgotamento deste modelo. Para o autor, o esgotamento decorre por se encontrarem pelo formato da 8ª Conferência Nacional de saúde de 1986, um espaço que favorece o enfrentamento em detrimento da consulta.

... A 13ª e, talvez mais, a 14ª – com gigantescas participações dos mais diferentes atores sociais e políticos do país, e muita visibilidade local, regional e nacional – possam representar um certo ‘esgotamento’ do modelo de Conferências, sendo bastante perceptível e ilustrativo o grau de deliberações contraditórias, aprovadas e presentes no relatório final da mesma (NARVAI, 2011, p.109).

O esgotamento dos conselhos como modelo de democracia participativa e controle social na saúde, ao contrário das conferências, ainda não é tão visível. Entretanto, diversos autores já se posicionam negativamente quanto ao papel dos conselhos, inicialmente de forma conjuntural (composição, estrutura de funcionamento, clientelismo, etc.), passando a questionar a própria necessidade da existência dos mesmos.

“O controle social é, sem dúvida, uma inovação política do SUS.... No entanto, na prática, existem diversas dificuldades com o poder Executivo, principalmente a falta de autonomia dos conselhos em relação aos gestores, que tem contribuído para a ocorrência de práticas clientelistas, ausência da cultura de participação e controle social na sociedade e emergência de conselhos cartoriais.” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006).

Importante destacar que ao utilizar a expressão “modelo de controle social”, se está referindo ao órgão “Conselho” conforme ele está estruturado e vigente. Ou seja, o atual mecanismo de controle social na saúde no Brasil, para a presente pesquisa, será denominado de modelo de controle social na figura dos Conselhos.

Neste sentido, o presente trabalho, de caráter descritivo, propõe-se a ser mais um instrumento que possibilite a reflexão sobre a atual situação dos Conselhos de Saúde enquanto canais de controle e participação social no país.

A participação da sociedade por meio dos mecanismos institucionalizados dos conselhos está baseada na universalização dos direitos sociais, no alargamento do conceito de cidadania e em uma nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado, entendido como arena de conflitos políticos onde diferentes grupos de interesses disputam espaço e atendimento de suas demandas, a partir de um debate público (BRASIL, 2015, p.21).

Ademais, um estudo descritivo da atual situação dos conselhos tem o potencial de indicar se tais instituições se consolidaram como canais de participação que, de fato, permitem práticas de controle social e a inclusão de atores muitas vezes marginalizados de processos decisórios, neste caso, na área da saúde.

Segundo Coelho (2010), tal temática se reveste de maior importância quando, passados quase trinta anos da promulgação da “Constituição Cidadã”, há poucos estudos que busquem, se não medir a qualidade, ao menos avaliar a resolutividade ou a repercussão dos meios de participação social (processos de democratização) tais como os conselhos de saúde.

“No entanto, questionamentos em torno das promessas iniciais das instituições participativas reorientaram os estudos sobre participação social, uma vez que ainda não se conhece, de forma clara, a qualidade dos processos de democratização (inclusão, envolvimento, transparência) e/ou os efeitos atribuídos à participação” (COELHO, 2010, p.321).

## 1.2- OBJETIVOS

### **1.2.1 Objetivo geral:**

Descrever a percepção dos membros do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) quanto ao modelo de controle social por meio de conselhos de saúde, em 2016.

### **1.2.2 Objetivos específicos:**

- a) Identificar se o modelo de controle social por meio dos conselhos de saúde é adequado ao momento atual do Sistema Único de Saúde (SUS);
- b) Descrever os principais fatores positivos e negativos vinculados à efetivação do controle social via conselhos de saúde no estado do Rio Grande do Sul (RS);
- c) Identificar se existe proposta alternativa para efetivar o controle social no SUS que não os conselhos de saúde.

## 2. CONTEXTO DO ESTUDO

### 2.1 – PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

“Todo o poder emana do povo (...)”  
Artigo 1º, parágrafo único, da Constituição da República.

A Idade Média foi marcada pelo poder político controlado por senhores feudais, geralmente, submetidos ao poder da Igreja. Até então, a lei divina definia as relações entre os homens, concepção rompida pelos filósofos clássicos ao colocarem a história sob o controle dos homens racionais e não mais em Deus. Com a modificação do modo de produção feudal para o capitalista, o surgimento do mercado e, conseqüentemente, a busca pelo lucro, um novo ordenamento político e social se fez necessário para atendê-lo. Muito brevemente, originando o Estado Moderno.

Assim, uma nova concepção de homem passa a existir, rompendo com a visão da Idade Média de que o homem é um animal político que vive em grupo e é naturalmente social. Conflitos e guerras sociais se fizeram presentes com esta nova configuração organizacional da sociedade, cabendo aos teóricos da época o desafio de explicar por que os indivíduos lutavam uns contra os outros (CHAUÍ, 1995).

A discussão do papel da sociedade civil e do Estado ganha relevância quando se abordam temas como controle social, movimentos sociais e a relação destes com a Administração Pública. Nas sociedades contemporâneas o controle social pode ser abordado sob duas perspectivas: o controle que o Estado exerce sobre os cidadãos e o controle que os cidadãos exercem sobre o Estado.

A partir da concepção de Estado além da sua função coercitiva, mas também com o papel de manter o consenso (quando incorpora as demandas das classes subalternas) é que se torna possível o controle das classes para com o Estado. Assim, dependendo da perspectiva teórica, o controle social pode ser entendido e abordado de diferentes formas.

De maneira geral, trata-se de uma forma de compartilhamento de poder de decisão entre Estado e sociedade sobre as políticas, sendo, portanto, um instrumento de expressão da

democracia. Tal instrumento deve, também, ter a finalidade de solucionar problemas e deficiências sociais com mais eficiência sendo a vontade social um fator que oriente a criação de metas a serem alcançadas no âmbito das políticas públicas.

Apesar de serem utilizados popularmente como sinônimos e estarem intimamente relacionados, há distinção entre os conceitos de *participação social* e *controle social*. Enquanto controle social está relacionado ao monitoramento dos poderes públicos por parte dos indivíduos possuidores do acesso público às informações, a participação social, por sua vez, relaciona-se ao exercício de cidadania por meio da participação política permanente.

Em outras palavras, o controle social é o direito do sujeito (individual ou coletivamente) de submeter o poder político à fiscalização. Já a participação social é a possibilidade de compartilhamento da sociedade civil com o poder político estatal. Sendo assim, por meio da participação social a sociedade civil pode orientar a Administração e intervir na tomada de decisões públicas ao mesmo tempo em que pode exercer o controle social sobre as ações deste Estado (BRASIL, Portal da Transparência, 2016).

No Brasil, o controle social tem seu grande marco estabelecido pela Constituição Federal (CF) de 1988, onde foram criados instrumentos para que a sociedade pudesse participar e controlar as ações do Estado na busca do bem comum e do interesse público. Para tal, houve a criação de normas legais e infralegais, objetivando a implementação de mecanismos de democracia participativa (SANTOS, 2000).

O quadro 1 sistematiza o conceito de controle, modelo de controle e participação social empregados neste estudo.

**Quadro 1 – Controle versus Modelo de controle versus Participação Social**

<b>CONCEITOS</b>	
Controle social	<p>Embora divergências conceituais, se aceitará por controle social o entendimento de que este é uma ferramenta na qual a sociedade civil pode e deve participar da gestão pública (BRAVO, 2000).</p> <p>Em sentido semelhante Mannheim (1971, p. 178) o define como o “conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem”.</p>
Modelo de Controle Social	<p>O conceito “modelo” abarca diferentes significados (DICIONÁRIO AURÉLIO, 2015):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) protótipo ou exemplo que se pretende reproduzir ou imitar;</li> <li>b) exemplar que se deve seguir e imitar pela sua perfeição;</li> <li>c) representação em pequena escala;</li> <li>d) esquema teórico de um sistema ou de uma realidade complexa;</li> <li>e) Resultado do processo de criar uma representação abstrata, conceptual, gráfica ou visual para analisar, descrever, explicar, simular e prever fenómenos ou processos.</li> </ul> <p>Para o presente trabalho se entende por modelo um conjunto de normas estabelecidas para o funcionamento de um órgão. No caso modelo de controle social refere-se ao conjunto de normas que estruturam o conselho enquanto mecanismo de controle social.</p>
Participação Social	<p>Semelhante ao construto controle social, a participação social refere-se à organização de setores da sociedade com o propósito de participar das formulações, planos, programas, projetos e acompanhamento das ações do Estado para que estas atendam aos interesses da coletividade. Em sentido amplo, participação social refere-se à adesão dos indivíduos na organização da sociedade com ampla participação dos cidadãos em processos decisórios (RIOS, 1997).</p> <p>A participação em saúde é definida como “o conjunto de intervenções que as diferentes forças sociais realizam para influenciar a formulação, a execução e a avaliação das políticas públicas para o setor saúde” (MACHADO, 1986, p. 299).</p>

Fonte: Elaborado pela autora

## 2.2 - CONTROLE SOCIAL NO BRASIL

De forma genérica, após a CF 1988, o controle social passa a significar a mobilização da sociedade civil, especialmente através de conselhos institucionalizados, no sentido de implementar direitos legalizados pela constituição.

Avritzer (2012), ao mencionar os dois meios de soberania popular (representação e participação) após conquista da “constituição cidadã”, pontua que nos primeiros quinze anos a representação prevaleceu a cargo do governo federal, enquanto que a participação se fortaleceu em órgãos consultivos tais como os conselhos.

“De acordo com o texto constitucional, a soberania popular no Brasil pode se expressar tanto pela via da representação quanto pela via da participação. Não existem dúvidas de que nos 15 primeiros anos de vigência do texto constitucional foi estabelecida uma divisão de trabalho através da qual a representação prevaleceu no âmbito do governo federal, ao passo que a participação se fortaleceu localmente pela via dos orçamentos participativos e da participação nos conselhos” (AVRITZER, 2012, p. 20).

Para Carvalho (1995, p. 8), “controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele”. Aos conselhos, por sua vez, cabe o papel de controlar o Estado para assegurar que as políticas visem atender às demandas do conjunto social e não privilegiar apenas alguns setores estratégicos. Para este autor, os conselhos se apropriam de parcela do poder de governo e acabam sendo espaços contra hegemônicos (CARVALHO, 1995).

O controle social, segundo Raichelis (1998, p.12),

“implica o acesso aos processos que informam decisões da sociedade política, que devem viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, além da fiscalização daquelas decisões, segundo critérios pactuados”.

No que se refere à saúde, o controle social está na participação da sociedade prevista na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seu exercício caberia aos conselhos de saúde (RAICHELIS, 1998).

Para Bravo (2000, p. 45) o sentido do controle social “é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais”. Ele considera os conselhos de saúde “como inovações ao nível da gestão das políticas sociais que procuram estabelecer novas bases de relação Estado-sociedade com a introdução de novos sujeitos políticos na construção da esfera pública democrática”.

Correia (2003) entende que o controle social envolve a capacidade que os movimentos sociais organizados na sociedade civil têm de interferência na gestão pública, orientando as ações do Estado na direção dos interesses da maioria da população. Sendo assim, os conselhos são a possibilidade de as classes subalternas defenderem seus interesses.

Os autores supracitados, apesar de utilizarem referenciais teóricos diferentes nas suas análises, têm em comum tratar o controle social como resultado do processo de democratização do Estado brasileiro. Importante destacar que, além do controle social, podem ser mencionadas outras duas formas de controle administrativo existentes no Brasil: o controle interno e o controle externo.

O controle interno visa articular a ação administrativa com a análise de sua legalidade. Este controle deve possibilitar ao cidadão que acompanhe com transparência “a gestão da coisa pública”. Já o controle externo é composto por órgãos externos cuja função é fiscalizar as ações e o funcionamento da administração pública. O controle social, por sua vez, é a integração da sociedade com a administração pública tendo amparo legal e constitucional. Em outras palavras, é a oportunidade de participação social na gestão pública (SANTOS, 2000).

Segundo a Controladoria-Geral da União (CGU), por meio do Portal da Transparência do Governo Federal, é fundamental que cada cidadão assuma a tarefa de participar de gestão pública e de exercer o controle social, uma vez que com a colaboração da sociedade se torna mais fácil controlar os gastos do Governo Federal e, conseqüentemente, garantir a correta aplicação dos recursos públicos. Assim,

“...o cidadão tem o direito não só de escolher, de quatro em quatro anos, seus representantes, mas também de acompanhar de perto, durante todo o mandato, como esse poder delegado está sendo exercido, supervisionando e avaliando a tomada das decisões administrativas” (BRASIL, 2015).

Neste sentido, transcendendo o direito de voto e conferindo à sociedade civil relevantes mecanismos de participação popular, o texto constitucional institui, entre outros, o direito à participação direta nos processos político-decisórios e legislativos (Arts. 14, III; 29, XII-XIII; e 61, §2º) e participação comunitária na gestão democrática e descentralizada da seguridade social, da saúde, assistência social e ensino público (Arts. 194, parágrafo único, VII; 198, III; 204, II; e 206, VI).

Já no final da década de 1990, foram editadas diversas normas dispoendo, entre outros, sobre: a criação de Organizações Sociais (Lei nº 9.637/1998), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Lei nº 9.790/1999), Conselhos de Saúde, Educação, Assistência Social, de Proteção da Infância e Adolescência e Tutelares (Leis nºs 8.142/1990, 9.394/1996, 8.742/1993 e 8.069/1990) e Conselhos no âmbito de programas e fundos governamentais.

Ainda segundo o Portal da Transparência do Governo Federal, os instrumentos de controle social atualmente instituídos (consultas públicas, orçamento participativo, participação

em colegiados administrativos e em conselhos setoriais de gestão, etc.) estão em constante processo de aperfeiçoamento resultante da melhoria no nível de conhecimento, conscientização e mobilização da sociedade (BRASIL, 2015).

A participação social em saúde é entendida de diversas formas. De modo geral, os autores a definem como a capacidade de os indivíduos influenciarem as decisões políticas que dizem respeito à sociedade onde vivem considerando-se que, independente do tempo que se demande para obter resultados, participar é uma atitude extremamente positiva. Ao mencionar o conceito de participação, Soraya Cortes (1996) procura demonstrar como o entendimento da participação é tratado de modo diferenciado por praticamente todas as correntes de pensamento político e sociológico. Apesar de toda discussão que suscita este conceito, a autora menciona como fundamental na participação social em saúde a criação de novas formas de envolvimento da sociedade civil em processos políticos.

### 2.3 - CONTROLE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL

O debate sobre a participação social ressurgiu no Brasil principalmente a partir da segunda metade da década de 1970, transformando-se a partir da década de 1980, quando o Estado passa a reconhecer os movimentos sociais e estes passam a admitir a negociação com o Estado (COSTA, 1989).

Tal transformação é evidenciada em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) quando, pela primeira vez, houve presença efetiva e ampla participação de setores organizados da sociedade civil. Nesta conferência foi legitimado o Movimento de Reforma Sanitária, que propunha um Sistema Único de Saúde (SUS) como alternativa ao sistema vigente. Sistema de saúde este reconhecido, posteriormente, na Constituição Federal de 1988, que o garantiu como um direito de todos e um dever do Estado.

No Quadro 2 estão enumeradas as principais características dos princípios doutrinários e organizativos do SUS.

**Quadro 2 – Princípios do Sistema Único de Saúde**

<b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE -SUS</b>	
<b>Princípios Doutrinários</b>	
Universalidade	Acesso às ações e serviços deve ser garantido independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.
Equidade	Equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. O objetivo deste princípio é diminuir as desigualdades.
Integralidade	Considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades.
<b>Princípios Organizativos</b>	
Descentralização e comando único	Cada esfera de governo é livre e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.
Regionalização e hierarquização	Níveis crescentes de complexidade, circunscritos, planejados a partir de critérios epidemiológicos. Já a hierarquização deve dividir os níveis de atenção garantindo formas de acesso requeridas pelo caso.
Participação Popular	Ocorre por meio dos conselhos (órgãos deliberativos) e conferências (fóruns representativos de vários segmentos sociais).

Fonte: Elaborado pela autora

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90 – Anexo 2) foi sancionada em 19 de setembro de 1990, instituindo o Sistema Único de Saúde. Tal lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Também dispõe sobre a regulação, em todo o território nacional, das ações e dos serviços de saúde executados por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

A sociedade civil organizada passou a participar das formulações dos planos, programas e projetos até a definição da alocação de recursos na saúde e, nesta lei, se configurou com um dos pilares do novo sistema nacional de saúde. Por meio da Lei 8.142/90 (Anexo 3), as conferências e os conselhos de saúde tornam-se mecanismos de controle social, cabendo às

conferências avaliar e propor diretrizes para a política de saúde e aos conselhos exercer controle sobre tais diretrizes.

Para o Ministério da Saúde (2015), a participação social é o caminho da democracia, proporcionando transformar a realidade e dar sentido aos outros princípios: igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade. Importante destacar que a lei nº 8.080/90 só foi regulamentada pelo decreto nº 7.508 (Anexo 4), de 28 de junho de 2011, ou seja, vinte anos após. Segundo seu Art. 1º:

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

No capítulo III tem-se a regulamentação do planejamento da saúde no tocante aos conselhos.

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

Para Gilson Carvalho (2011), em publicação no portal do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), o decreto nº 7.508/2011, ao mesmo tempo em que representa algo positivo para o sistema de saúde em nosso país, demonstra seu atraso, uma vez que isto não foi feito quando foi publicada a Lei 8.080/90. Mais do que isto, o decreto não trouxe modificações significativas à determinação legal existente, só que descumprida.

Na área da saúde, as duas formas principais de participação social são as conferências e os conselhos de saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas pela Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, cumprindo o disposto no parágrafo único do artigo 90 – qual seja (redação atualizada para as atuais normas ortográficas):

Art. 90. Ficam instituídas a Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o País, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais.

Parágrafo único. A Conferência Nacional de Educação e a Conferência Nacional de Saúde serão convocadas pelo Presidente da República, com intervalos máximos de dois anos, nelas tomando parte autoridades administrativas que representem o Ministério da Educação e Saúde e os governos dos Estados, do Distrito Federal e do Território da Acre.

Foram criadas para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde, passando posteriormente a abranger os três níveis de gestão (BRASIL, 2013). A Lei nº 8.142/90 as consagrou como instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com periodicidade de realização a cada quatro anos.

Convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde, as Conferências têm como objetivos principais avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos três níveis de gestão. Isso significa dizer que as deliberações das Conferências devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estaduais, municipais e nacional. (BRASIL, Conselho.Saude, s.d).

Neste sentido são, portanto, uma forma de ampliar o controle social sobre o Estado e dependem, em última instância, da participação da sociedade que lute por seus direitos de cidadania.

Foram realizadas 12 CNS entre 1941 e 2003 (Anexo 1), divididas em cinco momentos, quais sejam:

- a) Sanitarismo clássico (1ª e 2ª -1941 e 1950);
- b) Transição (3ª e 4ª - 1963 e 1967);
- c) Modernização conservadora e planejamento estatal (5ª a 7ª - 1975, 1977 e 1985);
- d) Reforma sanitária (8ª e 9ª -1986 e 1992);
- e) Consolidação do SUS (10ª a 12ª -1996, 2000 e 2003).

A partir da 13ª CNS e, de forma mais contundente, da 14ª conferência, passa a ser questionada a efetividade das mesmas. Por exemplo, para Carvalho (2011) e Krüger (2005), elas são um mecanismo de controle social superado.

A 15ª Conferência Nacional de Saúde teve sua etapa nacional de 1º a 4 de dezembro de 2015, com o tema "Saúde Pública de Qualidade para Cuidar Bem das Pessoas: Direito do Povo Brasileiro" e como objetivo: “reafirmar, impulsionar e efetivar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”.

Para Gilson Carvalho (2011), este modelo de Conferência está esgotado, sendo latente, portanto, buscar outra conformação para as conferências de saúde. Segundo ele, as CNS pecam ao adotar uma lógica de discussão ascendente entre os municípios, estados e âmbito nacional. Em outras palavras, não se pode no âmbito estadual discutir polêmicas de características apenas locais, assim como no âmbito nacional discutir polêmicas regionais. Este autor também

problematiza a ilegalidade presente nas conferências assim como o a perda de tempo em determinados assuntos superficiais que limita a discussão de outros temas relevantes. Segundo ele:

“Vimos nas conferências a rediscussão dos regimentos a cada vez, com perda excessiva de tempo, com controvérsias já superadas. Assistimos a decisões do plenário das Conferências contrariando regimentos aprovados nos Conselhos com consequências ilegais e danosas, pois ferindo direitos adquiridos de conselheiros e delegações que se deslocaram baseados no regimento definido e legalmente aprovado no conselho e que a plenária teima em ter poder para mudar para aquele evento que já está ocorrendo. Isto é uma ilegalidade de consequências extremamente danosas” (CARVALHO, 2011, p 206.).

O mesmo autor ainda aponta problemas banais e recorrentes que poderiam facilmente ser solucionados, tais como a não disponibilização de material de leitura prévia do relatório final, a escolha de apenas alguns assuntos considerados mais relevantes para deliberação e o desrespeito de horários.

Krüger (2005), apesar de reconhecer as conferências como importante ferramenta de participação da sociedade, alerta para o fato que elas também podem se configurar em espaços de manipulação e de reivindicações isoladas. Sinaliza, ainda, para o fato de “o determinismo economicista que concebe o reconhecimento dos direitos sociais e de saúde apenas como mais um item do orçamento”. Ou seja, problematiza a influência das relações e poder econômico sobre o social.

Abaixo, os resultados de uma pesquisa realizada na 12ª Conferência Nacional de Saúde, em 2003, com objetivo de conhecer os pontos negativos que os seus participantes identificaram na realização das plenárias (KRÜGER, 2005, p.171):

“Como pontos negativos das Conferências Nacionais de Saúde 25% dos entrevistados apontaram a não efetivação das propostas e a não incorporação nos Planos de Saúde nas três esferas de governo; 19% a falta de objetividade do debate, a falta de entendimento do assunto e de compromisso dos integrantes da plenária; 18% indicaram como ponto negativo a existência da defesa de interesses próprios e manipulação político-partidária; 8,7% pouca participação popular e controle social ineficiente, 5,5% que os gestores tem pouca participação e que ignoram o Relatório Final; 5% a mesmice das propostas, conclusões e discussões pontuais e 5% que o problema da Conferência está no não cumprimento da legislação. Outros pontos negativos de menor representatividade: falta de organização e educação dos participantes, falta de interesse político dos usuários, falta de organização dos participantes, autoritarismo, manipulação, vaidades, organizações populares débeis, conclusões e propostas vagas e visão de controle social restrita a estados e municípios”.

Os principais problemas identificados pelos participantes (falta de objetividade do debate, mesmice das propostas e não cumprimento da legislação) assemelham-se aos apontados por Carvalho (2011).

Já os conselhos se caracterizam como órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos que tem a atribuição de formular, supervisionar, avaliar, controlar e propor políticas públicas. É por meio deles que a comunidade, via seus representantes, pode participar da gestão pública.

Alencar (2013), citando Avritzer (2010), define os conselhos como instituições híbridas que aliam sociedade civil com Estado.

“Os conselhos, apesar de estarem diretamente ligados a órgãos do poder executivo, são instituições híbridas, que agregam Estado e sociedade, constituindo-se em canais de participação política, deliberação institucionalizada e divulgação das ações do governo” (ALENCAR, 2013, p.114).

No Brasil são vários os conselhos de políticas existentes, entre os quais: Conselho da Assistência Social, Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente, Conselho da Saúde, Conselho de Educação, Conselho de Segurança Pública, Conselho do Idoso, e Conselho da Mulher. Todos criados por lei em âmbito federal, estadual e municipal.

Os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais. Os conselhos são o principal canal de participação popular encontrada nas três instâncias de governo (federal, estadual e municipal) (BRASIL, Portal da Transparência, s.d).

Os conselhos de saúde fazem parte da estrutura das secretarias de saúde dos municípios, dos estados e do governo federal. Sua criação é uma exigência legal para o repasse de recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais. Ele deve funcionar mensalmente, ter ata que registre suas reuniões e infraestrutura que dê suporte ao seu funcionamento (BRASIL, Ministério da Saúde, 2013).

Seu funcionamento e atribuições estão consolidados em um amplo arcabouço jurídico-legal, salientando:

- a) A lei de criação do conselho municipal ou do conselho estadual, do conselho distrital e do Conselho Nacional de Saúde.
- b) Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde.
- c) Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

- d) Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.
- e) Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, pelos estados, pelo Distrito Federal e pelos municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis no 8.080, de 19 de setembro de 1990 e nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
- f) Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080 de 19/09/1990, e dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da Saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Cabe aos conselhos analisar e aprovar o plano de saúde, aprovar (ou não) o relatório de gestão e informa à sociedade sobre a sua atuação. Como atribuição do conselho Municipal de Saúde, por exemplo, tem-se a responsabilidade de controlar o dinheiro da saúde; acompanhar as verbas que chegam pelo SUS e os repasses de programas federais; participar da elaboração das metas para a saúde; controlar a execução das ações na saúde e a responsabilidade de reunir-se pelo menos uma vez por mês (BRASIL, Portal da transparência, s.d.).

Coerente com as atribuições dos demais conselhos de Saúde, cabe ao CES/RS as funções de formular estratégias, controlar a execução da política estadual de saúde e fiscalizá-la. Ainda, estar apto a avaliar o modelo estadual de gestão do SUS no estado do RS e tanto propor quanto aprovar diretrizes para a elaboração do Plano Estadual de Saúde (SILVA, 2012).

Anterior à Constituição Federal, no estado do Rio Grande do Sul já se fazia presente um conselho de saúde. Regido pelo decreto estadual nº 17.868, de 26 de abril de 1969, o Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) foi instituído como órgão da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde do Rio Grande do Sul. Caracterizava-se pelo caráter consultivo e era formado por dezesseis conselheiros designados pelo Secretário Estadual de Saúde não havendo composição paritária entre seus conselheiros. Entre as principais atribuições estava identificar as necessidades existentes na área da saúde, obter auxílio de profissionais para a proposição de melhorias no sistema e resolver demandas internas do conselho (SILVA, 2012).

Entre 1988 e 1990, com o início do processo de implantação do SUS, o CES/RS buscou organizar-se para estar apto às novas exigências federais sendo, portanto, um período de reestruturação tanto do conselho quanto do governo estadual diante das demandas de descentralização do novo sistema de saúde.

Entretanto, após institucionalização do SUS e apesar do CES/RS estar legalmente autorizado pela lei nº 8.142/90, em um primeiro momento, as decisões do conselho não foram consideradas pelo governo estadual que, inclusive, impôs entraves para a aprovação do regimento interno e atrasos na assinatura e publicação de legislações estaduais referentes ao funcionamento do CES/RS. Contudo, foi breve e ineficaz a tentativa de resistência do governo estadual em aceitar as novas atribuições e competências do CES/RS (SILVA, 2012).

Importante lembrar que não existem apenas conselhos municipais, estaduais e federal. Existem, também, conselhos locais de saúde (objetivam a aproximação do bairro/comunidade com os serviços de saúde) e os conselhos de saúde distritais ou regionais (objetivam aproximar regiões com identidade geográfica, socioeconômica e epidemiológica).

No Brasil, no caso dos conselhos de saúde, estes devem ser compostos por 50% de usuários dos serviços de saúde e os outros 50% dividem-se em representantes de entidades governamentais e não-governamentais. Assim, o Conselho Nacional de Saúde é composto por 48 conselheiros titulares, sendo 24 representantes de usuários (50%), 12 de profissionais de saúde, oito do governo e quatro de prestadores de serviço. Já o Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul é composto por 54 conselheiros titulares, sendo 27 representantes de usuários (50%), e 9 representantes de profissionais de saúde, governo e prestadores de serviço, cada.

O conselheiro vinculado à organização governamental é indicado pelo ministro, pelo secretário de estado ou pelo secretário municipal, já o conselheiro do órgão ou da entidade não governamental tem sua entidade eleita num fórum específico. A ambos cabe a atribuição de ser o elo entre o conselho e a coletividade para garantir que as demandas de seu grupo ou da instituição que representa sejam ouvidas assim como articular tais interesses para o bem da coletividade.

Nesse contexto, cabe aos conselhos a função de fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas tornando-se, conseqüentemente, um espaço de lutas entre diferentes interesses de segmentos na sociedade.

Por ser um espaço caracterizado por diferentes interesses de classes, o controle social é uma possibilidade presente (BRASIL, 2013).

Tal espaço é visto positivamente por autores tais como Cortês (2002), Gonçalves e Almeida (2002) e Coelho (2007), sendo criticado por muitos outros. Ao mesmo tempo, se torna um mecanismo contraditório, pois tanto pode servir para legitimar o poder dominante pela cooptação dos movimentos sociais, quanto deveria ser um espaço de participação e controle social dos segmentos populares.

Cortês (2002) se posiciona positivamente em relação aos conselhos. Para ela tanto os conselhos de saúde quanto as conferências são canais que possibilitam o processo de reforma e melhora do SUS, uma vez que por meio deles pode-se influenciar e monitorar as políticas públicas de saúde no país. Além disso, enobrecem sua função ao serem meios para que moradores das regiões mais pobres da cidade apresentem suas demandas.

“Constatou-se acima que os conselhos e as conferências de saúde têm sido um espaço público dentro do qual os interesses dos setores populares são representados e no qual os representantes desses setores têm participado do processo de tomada de decisão política que lá ocorre” (CORTÊS, 2002, p.38).

A autora ainda contesta Grindle e Thomas (1991) e Ugalde (1985), quando estes problematizam os canais de participação popular em países da América Latina, incluindo o Brasil. Segundo os autores, tais países apresentam sociedades civis fracas, onde as instituições políticas são manipuladas por pactos e acordos informais elitistas que acabam por destruir as formas populares de organização. Para Cortês isso não ocorre no caso da saúde, com os conselhos e as conferências sendo meios onde há participação popular efetiva e decisória para a tomada de decisões públicas.

“A aliança que se solidificou nos conselhos de saúde tem se manifestado nas conferências de saúde. Assim, as afirmações de Grindle e Thomas e de Ugalde, que consideraram pouco provável a constituição de mecanismos formais e públicos de representação dos interesses das classes populares na América Latina, não retratam integralmente, nem valorizam, a novidade que constituem os conselhos e as conferências de saúde para a vida político-institucional do país” (CORTÊS, 2002, p.43).

Gonçalves e Almeida (2002) consideram os conselhos de saúde espaços de transformação dos sujeitos sociais em sujeitos políticos quando o ato de participar atrela-se a um ato de poder.

“Nesses espaços os sujeitos sociais poderiam exercer a cidadania, o poder atrelado ao ato de participar, constituindo-se em sujeitos políticos hábeis e potentes para induzir intervenções positivas na implementação do SUS”. (GONÇALVES; ALMEIDA, 2002).

Coelho (2007), por sua vez, aponta a relevante importância dos conselhos como meios para a participação popular e inclusiva:

“A partir dos anos 70, a participação e a deliberação nos ‘novos espaços democráticos’, criados na esfera estatal ou na esfera pública, nos níveis local e nacional, começaram a ser defendidas como fundamentais para tornar o sistema democrático mais inclusivo” (COELHO, 2007, p. 77).

Já autores como Berclaz (2014), Guershman (2004), Breder (2014) e Pereira (2008) atribuem severa crítica aos conselhos em função, por exemplo, de sua ineficiência e equivocada representação social. O item a seguir apresenta algumas das críticas atribuídas aos conselhos de saúde.

#### 2.4 – O CONSELHO ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL (CES/RS)

O Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) foi criado pela Lei nº 10.097, de 31 de janeiro de 1994, logo após o estabelecimento de convênio de estadualização entre os governos federal e estadual no âmbito da implantação da Norma Operacional Básica (NOB) 01/93 (BRASIL, 1993).

Pela presente Lei que, aliás, ainda permanece vigente no conselho, estabeleceu-se, em conformidade com as atribuições já previstas para o órgão, que este seja uma instância colegiada, de caráter permanente do Sistema Único de Saúde com funções deliberativas, estratégicas, normativas e fiscalizadoras. Cabe ao órgão, ainda, a função de atuar (inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros) no acompanhamento, controle e avaliação da política estadual de saúde.

Quanto à representação, a Lei definiu que o CES/RS fosse constituído por 52 conselheiros titulares (e igual número de suplentes) distribuídos da seguinte maneira:

##### a) Representantes da área governamental:

- Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente (3 assentos)
- Coordenadoria de Cooperação e Apoio Técnico do Ministério da Saúde/RS (1 assento).
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1 assento).
- Federação das Associações dos Municípios do Estado do Rio Grande do Sul (1 assento).

- Associação dos Secretários Municipais de Saúde (1 assento).
- Secretaria da Educação (1 assento).
- Companhia Riograndense de Saneamento (1 assento).
- Secretaria do Planejamento e da Administração (1 assento).
- Secretaria da Justiça, do Trabalho e da Cidadania (1 assento).

b) Representantes da área dos Prestadores de Serviço de Saúde:

- Federação das Misericórdias RS (1 assento).
- Associação dos Hospitais do RS (1 assento).
- Associação Gaúcha dos Prestadores de Serviço de Saúde Ambulatoriais (1 assento).
- Sindicato dos Laboratórios (1 assento).
- Associação Riograndense de Empreendimento de Assistência Técnica e Extensão Rural (1 assento).
- EMATER/RS (1 assento).

c) Representantes da área dos Profissionais de Saúde:

- Representação dos Médicos (1 assento).
- Representação dos Odontólogos (1 assento).
- Representação dos Enfermeiros (1 assento).
- Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul (1 assento).
- Representação dos Assistentes Sociais (1 assento).
- Representação dos Nutricionistas (1 assento).
- Representação dos Psicólogos (1 assento).
- Representação dos Farmacêuticos-Bioquímicos (1 assento).
- Representação dos Veterinários (1 assento).
- Representação dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (1 assento).

d) Representantes da área da Sociedade Civil Organizada:

- Federação Riograndense de Associações Comunitárias e de Moradores de Bairros FRACAB (2 assentos).
- Federação dos Trabalhadores na Agricultura no Rio Grande do Sul

FETAG/RS (2 assentos).

- Central Única dos Trabalhadores do Estado do Rio Grande do Sul - CUT (2 assentos).
- Central Geral dos Trabalhadores - CGT (2 assentos).
- Conferência Nacional dos Bispos do Brasil - CNBB (1 assento).
- Federação dos Trabalhadores Aposentados e Pensionistas do Estado do Rio Grande do Sul - FETAPERGS (1 assento).
- Representação dos Portadores de Doenças (2 assentos).
- Federação das Indústrias do Estado do Rio Grande do Sul - FIERGS (1 assento).
- Federação das Associações Comerciais do Rio Grande do Sul - FEDERASUL (1 assento).
- Federação da Agricultura do Estado do Rio Grande do Sul - FARSUL (1 assento).
- Associação Gaúcha de Proteção ao Ambiente Natural - AGAPAN (1 assento).
- Ação Democrática Feminina Gaúcha - ADFG Amigos da Terra (1 assento).
- Conselhos Regionais de Saúde (5 assentos).
- Representação das pessoas portadoras de deficiências (1 assento).
- Representação das entidades de defesa ao consumidor (1 assento).
- Fórum Gaúcho de Saúde Mental (1 assento).
- Sindisepe (1 assento).

O CES/RS localiza-se, desde 1999, no Centro Administrativo do Governo do Estado do RS, onde ocupa um espaço físico de aproximadamente quatrocentos metros quadrados distribuídos em salas de apoio e uma sala principal, na qual realizavam-se as reuniões plenárias.

Entre as principais instâncias regulamentadas por seu Regimento Interno têm-se:

- a) Mesa Diretora: competência de convocar e dirigir as reuniões plenárias, organizar a pauta de discussões e coordenar o funcionamento técnico e administrativo.
- b) Secretaria Executiva: competência de organizar as tarefas cotidianas do órgão e a execução de atividades técnicas e administrativas de apoio à Mesa Diretora, ao Plenário e às comissões.
- c) Assessoria Técnica: competência de assessorar a tomada de decisões do Plenário por meio da realização de estudos jurídicos, políticos e/ou orçamentários para

subsequente elaboração de pareceres. De caráter permanente, geralmente, reúne-se apenas quando tramitam assuntos que requeiram a emissão de pareceres técnicos.

- d) Comissão de Fiscalização: competência de fiscalizar as ações e os serviços prestados pelo SUS. Também de caráter permanente, contudo, geralmente com reuniões semanais.
- e) Comissões Temáticas e Especiais: criadas no com o desígnio de subsidiar o processo de tomada de decisões, quando o Plenário assim decidia. De caráter temporário, as Comissões Temáticas e Especiais têm a duração de suas atividades indefinida, variando em razão da relevância do tema.
- f) Plenário: instância máxima de deliberação do CES/RS (Rio Grande do Sul, 1994, art. 6º, § 1º).

Já entre as principais competências atribuídas ao CES/RS têm-se (Rio Grande do Sul, 1994, art. 8º):

- a) Avaliação, ao acompanhamento, controle e fiscalização de serviços de saúde;
- b) Fixação de critérios e diretrizes para o estabelecimento de políticas, programas, contratos e convênios;
- c) Execução da política e do orçamento na área.

No momento de redação desta dissertação e tendo tomado posse em 15/12/2016 para o período de dois anos, a Mesa Diretora do órgão é presidida por Claudio Augustin (segmento usuário) e por Itamar Silva dos Santos como vice-presidente (segmento usuário). Como coordenadores(as): Camila Corrêa Jacques (segmento trabalhador), Denize Gabriela da Cuz (segmento trabalhador), Fabiana Andressa Rodrigues (segmento usuário), Lotário Schlindwein (usuário) e Jairo Francisco Tessari (segmento prestador).

Cabe ainda ao órgão a atribuição de formular as diretrizes e instruções para o desenvolvimento e formação de conselhos regionais, municipais e locais de saúde no estado e a organização das Conferências Estaduais de Saúde.

Em relação à distribuição de assentos no CES/RS, a lei (Rio Grande do Sul, 1994, art. 4º) apenas designou quais categorias o integrariam, sem especificar que entidades de profissionais da área da saúde teriam assento no órgão. Assim, ficou a critério do conjunto das entidades de cada categoria profissional designada deliberar e indicar qual delas o representaria.

Neste contexto, importante destacar que existem muitas representações que sequer se fazem presentes nas reuniões plenárias, e que, respeitando a lei de criação do conselho (Lei 10.097/1994) fica impossibilitado a troca das representações.

Desde a criação do CES/RS, os odontólogos, veterinários, farmacêuticos-bioquímicos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais indicaram representantes dos respectivos conselhos regionais, sindicatos ou associações. Já os médicos, enfermeiros e psicólogos são representados pelos sindicatos das respectivas categorias.

Por sua vez, as organizações de trabalhadores de saúde foram definidas na mesma Lei de criação do CES/RS, quais sejam: Federação dos Empregados em Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul (Feessers) e Sindicato dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul (Sindsepe/RS). Com exceção do Fórum de Saúde Mental, as demais organizações de portadores de patologias e deficiências e de defesa do consumidor não foram denominadas na lei (Rio Grande do Sul, 1994, art. 4º).

Côrtes (2009), em pesquisa objetivando analisar a dinâmica das relações sociais no interior do CES/RS, ao analisar a composição do CES/RS, por tipo de representante e entidade ou categoria representada, identificou que a maioria dos conselheiros era proveniente de organizações sociais (aproximadamente 63%) e que, entre eles, a maior parte (22 em 33) era de representantes de entidades de profissionais e trabalhadores de saúde (11) e de trabalhadores não especificamente da área da saúde (11). Somente 13% (7 em 52) dos conselheiros representavam entidades de mercado na época.

A autora identificou que havia contraste entre as proporções de representantes governamentais e de entidades sociais devido, principalmente, ao fato de o CES/RS apresentar menor proporção de representantes governamentais e de entidades étnicas, de gênero e de portadores de patologias ou deficiências, e maior participação de conselheiros oriundos de entidades de trabalhadores, não especificamente da área da saúde, e de profissionais e trabalhadores de saúde.

Naquele momento, o único conselheiro proveniente de entidades de mercado, e assíduo às reuniões (presente a 57 das 63 reuniões), representava prestadores de serviços de saúde por meio da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul. Segundo Cortês, o presente fato estava provavelmente relacionado à importância que o financiamento do SUS assumia para os hospitais filiados à Federação, quando, em 2000, o SUS pagou 797 mil

internações no Rio Grande do Sul, 482 mil (60%) realizadas em hospitais filantrópicos (PACHECO, 2007).

Finalmente, a autora identificou a predominância dos representantes de profissionais e trabalhadores de saúde de forma explícita e que o órgão foi presidido por representantes de entidades sociais desde a sua criação em 1994, em contraste com demais conselhos do Brasil.

A maioria dos presidentes do CES/RS representava entidades de profissionais e trabalhadores de saúde. Ocorre, ainda, que um representante dos usuários é presidente de um sindicato de uma federação de trabalhadores. Fato este que, de certa forma, pode retratar a questão da usurpação das cadeiras dos usuários pelos trabalhadores da saúde, ao passo que um representante dos usuários não é, de fato, representante da área da sociedade civil organizada.

Além disso, os conselheiros governamentais não eram tão atuantes quanto os conselheiros sociais, enquanto o conjunto dos representantes de organizações de mercado pouco participava.

Assim, ao analisar a dinâmica das relações sociais no interior do CES/RS em seus primeiros anos de funcionamento chegou-se a três principais constatações: os representantes de organizações de profissionais e trabalhadores de saúde e de trabalhadores (não especificamente da área da saúde), destacavam-se em termos de assiduidade às reuniões, coordenação de instâncias do conselho e intervenções; os gestores estaduais tinham muita influência sobre o processo decisório do Conselho; e, finalmente, que a hegemonia dos atores sociais não se expressava na ocupação de posição superior na arena política setorial do estado (CORTÊS, 2009).

Analisando, por sua vez, a dinâmica das relações sociais no interior do conselho e sua composição atual, identifica-se conselheiros com larga vivência enquanto integrantes do órgão (membros com até 2 décadas de representação no CES/RS). Se por um lado o conselho ganha ao ser composto por membros com experiência, perde pela falta de renovação e pela longevidade da representação dos mesmos.

Pereira (2006), em estudo semelhante ao de Cortês (2009), identificou ainda, que os conselheiros de mercado – que exerciam pouca influência sobre o processo decisório do fórum – estabeleciam relações, ou acionavam canais preexistentes de relacionamento, com atores-chave nos Poderes Judiciário e Legislativo e com gestores municipais para impedir que decisões

do CES/RS contrárias aos seus interesses fossem implementadas, assim como para garantir que aqueles projetos de seu interesse fossem implementados.

## 2.5 – CRÍTICAS AOS CONSELHOS DE SAÚDE NO BRASIL

“... É necessário um repensar crítico e criativo sobre esses canais de participação democrática, para que efetivamente cumpram suas funções” (GOHN, 2005, p.9).

O controle social no Brasil conta com experiências bem-sucedidas, como o caso do orçamento participativo em diversos municípios, mas também conta com instrumentos que tem sido objeto de inúmeras críticas. Eis o caso dos conselhos de saúde (SANTOS, 2000).

Guizardi e Pinheiro (2006) apontam como ponto positivo nos conselhos de saúde a possibilidade de formulação das políticas públicas de saúde, e não apenas a fiscalização das mesmas. Como passíveis de questionamento, enumeram a ocorrência de práticas clientelistas por falta de autonomia dos conselhos em relação aos gestores, ausência da cultura de participação e de controle social.

Medeiros (2010) questiona a ambiguidade dos conselhos como mecanismos de participação popular democrática. Segundo a autora, apesar de os movimentos sociais que emergiram nas décadas de 1970 e 1980 terem sido importantes para a conquista democrática e de proteção social que culminou na atual “Constituição Cidadã”, a efetividade do sistema de controle social em nosso país é um mecanismo conflitante:

“O pacote de ordem social que abrangeu as políticas de saúde, previdência e assistência social se tornou marco de direitos nunca antes alcançados pelas classes subalternas na história brasileira, porém a dinâmica internacional de uma nova fase do capitalismo, em gestação, impõe limites à objetivação real dessas conquistas. Todas essas características se rebatem na formulação e aplicabilidade do sistema de controle social, em suas conquistas e desafios, caracterizando-o como mecanismo conflitante de participação popular” (MEDEIROS, 2010, p10).

Por exemplo, no artigo 4º da lei 8.142, se “estabelece, sob pena de perda do repasse dos recursos, a obrigatoriedade dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal possuírem Conselhos de Saúde”. Devido à obrigatoriedade e imposição do ato, tal aparato legal pode tornar-se paradoxal por limitar o caráter autossugestivo e livre dos movimentos sociais.

Dal Poz e Pinheiro (1998) focalizam seu alerta na complexidade que o controle dos serviços de saúde exige, na diversidade de interesses envolvidos na composição dos conselhos e, na desigualdade das relações, em termos de linguagem técnica, por exemplo.

Valla (1998) interroga a concepção de democracia representativa vigente nestes órgãos e sinaliza para o risco de “encurralamento” dos movimentos populares:

“A lentidão em agir dos CMS e a sua grande dependência dos Secretários Municipais de Saúde e dos componentes dos profissionais de saúde (gestores e funcionários), juntamente com os graves problemas de saúde que afligem a população brasileira, devem servir como um alerta para a retomada das experiências da democracia direta (VALLA, 1998, p.32).

Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009) trazem a discussão sobre o princípio da universalização do Sistema Único de Saúde. Segundo as autoras, os sistemas de saúde em caráter complementar (iniciativa privada), de certa forma, invalidam a universalização do SUS, assim como a participação nos conselhos de saúde.

“A participação, bem como a descentralização, não garante que o SUS seja um sistema efetivamente universal, na medida em que os segmentos sociais dotados de alguma capacidade de pressão se exilam do sistema público, aderindo aos planos privados. Funcionando na realidade como um sistema para pobres, o SUS tem, de fato, seu caráter universal comprometido. E igualmente comprometida fica a participação nos conselhos que integram sua institucionalidade” (VIANNA; CAVALCANTI; CABRAL, 2009. p. 246).

Semionatto e Nogueira (2001) chamam a atenção para a dialética do discurso participativo, uma vez que ele possibilita às classes dominantes a reutilização do ideário de participação visando inibir nas “classes pobres” a busca de transformação social pelo viés revolucionário. Este questionamento, de certa forma, demonstra a necessidade de revisão dos mecanismos de participação social, caso os mesmos não alcancem seus princípios fundadores.

“(…) Qual a importância real da participação nesse período? Quais foram as consequências para a sociedade civil? A participação tem propiciado maior democratização e controle social ou a sociedade civil assumiu um papel de simples executor, perdendo um possível protagonismo? Até que ponto as influências das agências multilaterais moldaram as formas participativas de acordo com seus interesses? Como se expressam as relações entre participação e as proposições nas esferas das políticas públicas? (SEMIONATTO e NOGUEIRA, 2001, p.153).

Consoante com Almeida e Barbosa (2014), embora os conselhos de saúde legitimem a participação popular nas decisões políticas do SUS, tais canais não repercutem em mudanças sociais, ao passo que são estruturas rígidas incapazes de se moldar conforme os desejos socialmente construídos.

“Frente a uma história política opressora de décadas de ditadura militar, a dificuldade simbólica e concreta de se criar espaços democráticos de fato são notadamente árduas. Esses espaços surgiram com a criação das Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde, Conass e Conasems, mas são espaços virtuais onde geralmente imperam disputas de poder de grupos hegemônicos locais que não representam as necessidades locais” (ALMEIDA e BARBOSA, 2014, p.74).

Berclaz (2014), por sua vez, aponta problemas de coerência na legislação da saúde brasileira quando realiza crítica ferrenha ao decreto 8.243/14 o qual “Institui a Política Nacional de Participação Social- PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS, e dá outras providências.” Segundo ele, este decreto não trouxe a possibilidade de participação da comunidade e tampouco criou os “conselhos populares”, uma vez que tais mecanismos já estavam institucionalizados.

“Tanto não há novidade que o próprio Decreto deixa claro que conselhos, comissões e instâncias de participação social já estão instituídos, portanto, repita-se, eles existem (artigo 2º, parágrafo único). Quem não sabia ou desconhecia deveria ter a humildade de reconhecer a própria ignorância, antes de sair fazendo críticas inoportunas e impróprias, como ocorreu com diversões “jornalões” e “revistões” nos seus respectivos editoriais e matérias” (BERCLAZ, 2014, p.11).

O autor menciona que no artigo 14 da Constituição Federal já estava assegurada a soberania popular, não só por eleições oficiais com voto direto e secreto, mas também pela possibilidade de plebiscitos, referendos e iniciativas populares. Quanto aos conselhos e conferências:

“(...) conselhos e conferências, é preciso compreender que esses mecanismos e instâncias democráticas de “diálogo e atuação conjunta entre a administração pública federal e a sociedade civil” já existem, ainda que muitas vezes no plano simbólico, embora sejam diariamente ignorados pelos “meios de comunicação social”, pela “publicidade oficial” e, conseqüentemente, ainda desconhecidos pela maior parte da população (há muitos interessa que assim seja). A verdade é que esses mecanismos ainda funcionam mal de modo geral e algo precisa ser feito.” (BERCLAZ, 2014, p.12).

Nesse mesmo sentido, o jornal Estado de São Paulo (2014) pronuncia-se criticamente quanto ao decreto 8243/14 por ele não criar, na prática, novas estruturas, apenas reafirmar a institucionalização da relação do Estado com os movimentos sociais e a sociedade civil. Ademais, comenta que os conselhos, de forma geral, enfrentam uma série de dificuldades de funcionamento, tais como a falta de transparência, reuniões pouco produtivas e critérios questionáveis na escolha de representantes.

Autores como Oliveira (2010) mencionam, além da instituição de conselhos inexistentes para garantir o recebimento de recursos e pouco uso de meios de divulgação, o fato de os conselheiros utilizarem-se do *status* de sua função para obter benefícios pessoais. Já Santos (2000) problematiza o desconhecimento dos conselhos pelos usuários e o uso de indicadores de desempenho incapazes de refletir a qualidade do serviço controlado pelo conselho.

Para Correia (2005), a efetivação do controle social nos conselhos é problemática tanto pela perspectiva dos gestores quanto dos usuários:

“A efetivação do controle social no campo dos Conselhos é limitada, do lado dos gestores: pela não transparência das informações e da própria gestão, pela manipulação dos dados epidemiológicos, pelo uso de artifícios contábeis no manuseio dos recursos do Fundo de Saúde, pela ingerência política na escolha dos conselheiros, pela manipulação dos conselheiros na aprovação de propostas, e, do lado dos usuários: pela fragilidade política das entidades representadas, pela não organicidade entre representantes e representados, pela não articulação deste segmento na defesa de propostas em termos de um projeto comum, pelo corporativismo de cada conselheiro defendendo os interesses somente de sua entidade, pelo não acesso às informações, pelo desconhecimento sobre seu papel e sobre a realidade da saúde na qual está inserido” (CORREIA, 2005, p.42).

Além das inúmeras falhas citadas acima, a autora ressalta como entrave para a efetividade do controle social a lógica capitalista que se utiliza de recursos públicos para subsidiar a reprodução do capital em detrimento das políticas sociais e, como os demais autores, também alerta para a interferência internacional nas políticas públicas.

O portal do Tribunal de Contas da União - TCU, em documento escrito por Breder (2014), agrupou as falhas comuns aos conselhos de saúde quanto à constituição/composição, a atuação, aos conselheiros e às condições de trabalho. No quadro 3 estão sistematizadas as lacunas apontadas.

Segundo Breder (2014), a esse rol pode ser acrescido apontamentos de órgãos como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que identificou colegiados constituídos apenas para cumprir um dispositivo legal e paridade desrespeitada na composição dos conselhos.

**Quadro 3 - Lacunas verificadas pelo TCU nos conselhos de saúde**

<b>FALHAS VERIFICADAS PELAS EQUIPES DE AUDITORIA COMUNS AOS CONSELHOS AVALIADOS</b>	
a) Quanto à constituição/composição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inobservância do princípio da segregação de funções.</li> <li>• Ingerência do Poder Executivo ou de representantes de entidades beneficiárias na atuação dos conselhos e/ou na designação dos seus componentes.</li> <li>• Falta de independência dos colegiados e instituição de conselhos sem a representatividade de todos os segmentos previstos pela legislação.</li> </ul>
b) Quanto à atuação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de colegiados meramente formais.</li> <li>• Acompanhamento insatisfatório da aplicação dos recursos.</li> <li>• Análise insatisfatória das prestações de contas.</li> <li>• Falta de integração com os órgãos de controle oficial.</li> <li>• Omissão na comunicação de irregularidades constatadas.</li> </ul>
c) Quanto aos conselheiros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de conhecimento técnico e/ou dos objetivos e procedimentos do programa ou fundo.</li> <li>• Despreparo, desinteresse ou baixo grau de motivação por parte de alguns membros.</li> <li>• Indisponibilidade de tempo para as atividades do colegiado.</li> <li>• Não comparecimento sistemático às reuniões.</li> </ul>
d) Quanto às condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de condições logísticas para funcionamento.</li> <li>• Ausência de treinamento ou deficiência das ações destinadas à capacitação de conselheiros.</li> <li>• Falta de informações necessárias ao exercício das competências.</li> <li>• Dificuldades de compreensão da linguagem utilizada em modelos de relatórios gerenciais.</li> <li>• Deficiências nas orientações dirigidas aos conselhos municipais por conselhos estaduais, nacionais ou pelos órgãos repassadores.</li> </ul>

Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do TCU (BREDEDER, 2014).

Pereira (2009) entrevistou 52 conselheiros de 20 municípios da Rede Integrada de Desenvolvimento (RIDE) do Distrito Federal, com o objetivo de verificar a qualidade formal e política da participação pública nestes conselhos de saúde e o perfil dos conselheiros. Ele concluiu que:

- 41% dos entrevistados conhecem pouco sobre a política de saúde do país;
- 54,9% sabem pouco ou nada sobre os direitos dos cidadãos;
- 25,5% dos conselheiros dão valor à participação da população nas decisões;

- d) 80% dos conselheiros completaram o ensino médio e só 40% possui diploma de nível superior;
- e) 9,8% dos entrevistados receberam algum tipo de capacitação específica;
- f) 59,6% dos entrevistados são homens;
- g) 61,5% são funcionários públicos;
- h) 51% entraram no conselho por meio de indicação da Secretaria Municipal de Saúde.

Em síntese, Pereira (2009) identificou um perfil predominante de conselheiros homens e funcionários públicos, com falta de conhecimento e preparo técnico por parte dos mesmos, o que repercute no insuficiente preparo para a tomada de decisões satisfatórias com o máximo ganho social (54,9% sabe pouco ou nada sobre os direitos dos cidadãos). Para ele, a baixa diversidade é consequência do desconhecimento dos conselhos e seu papel por parte da maioria da população: “A participação popular é embrionária, em razão da própria dificuldade dos conselhos em divulgar seu trabalho e garantir a aproximação da comunidade”.

Constatada a falta de capacitação e a baixa participação dos conselheiros, o autor criou grupos focais (GF) e um conjunto de oficinas (OP) para, além de auxiliar na capacitação dos conselheiros municipais, aprofundar seu estudo. Nestes, concluiu pela falta de consciência da relevância em se integrar um conselho de saúde, assim como a participação por conveniência, a falta de cultura de participação política e a indicação de conselheiros por interesses partidários:

*Na verdade, o Conselho caiu de paraquedas, porque eu faço parte do Projeto Conte Comigo, que é uma associação sem fins lucrativos que visa ajuda da população, então já participava de ajuda comunitária não na parte de saúde, mas na parte em geral. (GF)*

*Eu acho que a dificuldade é essa, a maioria dos conselheiros são escolhidos pelos prefeitos e quando o prefeito muda, e outra coisa também, eles só escolhiam os conselheiros, pelo menos na minha cidade, eu vi também que em... acontecia isso também, escolheu os conselheiros só para aprovar os balancetes. (GF)*

*Eu tive muita dificuldade de participar, às vezes a gente quer cobrar soluções dos usuários, mas se nós formos estudar um pouquinho da história do nosso país, nós vamos ver que nós brasileiros, nós nunca fomos ensinados a participar... (GF)*

Gerschman (2004) salienta que, apesar dos avanços nos processos de democratização política e descentralização territorial, que repercutem em maior possibilidade de intervenção por parte dos grupos de interesses locais, os conselhos de saúde, como mecanismo deste processo de democratização, apresentam diversas dificuldades, resultantes, principalmente, da falta de tradição de participação e de cultura cívica no país.

Para ela,

“A despeito das fragilidades no controle social, os Conselhos de Saúde têm permanecido como organismos deliberativos na implementação de política pública de saúde, e, principalmente, se apropriado do discurso da cidadania e da democracia participativa para operacionalização de políticas focalizadas.” (GERSCHMAN, 2004, p.1679).

Enfim, pelo constatado por Pereira (2009) não há lógica de participação democrática nos conselhos analisados; há baixo nível de consciência e organização da comunidade local; há dificuldades de participação e mobilização social nos municípios; há necessidade de investimento no processo de formação dos conselheiros. Somado a isso, acrescenta-se a frágil legitimidade dos membros conselheiros e a criação dos conselhos de saúde baseada em processos formais extremamente burocratizados.

“Verifica-se a necessidade da implicação dos conselheiros para processos de aprendizados para o exercício da democracia participativa, de compartilhamento de poder, reforçando a representação e a legitimidade para a atuação da função na defesa dos interesses da população mais vulnerável e do Sistema Único de Saúde, conforme assegurado na Constituição, estabelecendo novas relações entre a sociedade e o Estado para políticas” (PEREIRA, 2009, p.147).

Críticas aos modelos de conferências e conselhos de saúde, pelo demonstrado, não é algo recente. Diversos autores, tais como Berclaz (2014), Guershman (2004), Breder (2014) e Pereira (2008), posicionam-se criticamente quanto aos conselhos quando a democracia não é algo presente e soberana, quando a lógica de eficiência do mercado prevalece em relação à ideia de participação social e quando é recorrente a falta ou inadequada formação técnica dos conselheiros. Neste contexto, os conselhos de saúde tornam-se espaços ineficientes, formados por pessoas despreparadas e com participação popular pouco diversificada.

Observa-se que os conselhos, de fato, constituem-se em espaços de correlação de forças, heterogêneos com mediação de conflitos de interesses. Contudo, diante nas inúmeras falhas identificadas, é, no mínimo, plausível a latência em se estabelecer uma nova relação entre Estado e sociedade.

Em tese, os conselhos seriam espaços vivos de democracia participativa onde a sociedade civil (representada normalmente por intermédio de entidades) poderia interpelar o governante. Na prática, foram identificados limitantes à proposta original dos mesmos, que impedem se conformarem como espaço de construção de hegemonia e controle social sobre o Sistema Único de Saúde. No extremo, apontando para um potencial esgotamento deste modelo de controle social.

### 3. MÉTODOS

#### 3.1– DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS

Foi realizada revisão bibliográfica quanto ao tema, principalmente, nas bases de referência da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e sites oficiais do governo (Portal da Transparência, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), empregando os descritores de busca: controle social; controle social no Brasil; Sistema Único de Saúde; controle social na saúde; formas de participação social na área da saúde; conferências nacionais da saúde; conselhos de saúde; características/pontos positivos, negativos/limites dos conselhos de saúde no Brasil.

A escolha pela análise do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS) justifica-se pela maior facilidade de acesso às informações e contato com seus representantes. Ademais, é desejável que esta dissertação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul agregue informações que possam vir ao encontro de melhoras nas políticas públicas de saúde em seu estado.

Por sua vez, a escolha de um estudo descritivo com a análise da percepção dos membros integrantes do CES/RS sobre a atual situação do órgão e sua adequação enquanto canal de participação e controle social na saúde justifica-se por buscar uma abordagem interna que reflita o entendimento do órgão por uma parcela de seus integrantes.

Para a identificação da percepção dos principais atores envolvidos quanto ao modelo de controle social do Sistema Único de Saúde se optou pela realização de entrevistas semiestruturadas com uma parcela dos membros titulares do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (CES/RS), respeitado o princípio que todos os segmentos representados fossem contemplados: usuários, governo, prestadores e trabalhadores de saúde (ver quadro 4 quanto à caracterização dos entrevistados). Autorização para este fim foi obtida junto à Mesa Diretora do CES/RS.

Uma entrevista-piloto foi realizada com membro do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, para qualificar o roteiro semiestruturado de questões e dimensionar o tempo de realização das mesmas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas e, em um segundo momento, se conformando em categorias de análise, sendo empregada a técnica da saturação para identificar as mesmas nas falas dos conselheiros e delimitar o número de entrevistas (ao final, 7). A escolha dos conselheiros respeitou dois critérios: representantes de todos os segmentos (usuários, governo, prestadores e trabalhadores de saúde) e participantes com larga vivência enquanto conselheiros. Optou-se por, sempre que se fizer uso de citações literais dos entrevistados, que as falas estejam entre aspas e em itálico.

### 3.2– INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O roteiro da entrevista contemplava duas questões introdutórias de identificação:

- a) O Senhor(a) poderia se identificar, citando seu nome, a entidade e segmento que representa no Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) ?
- b) O Senhor(a) poderia fazer um relato de sua trajetória junto aos mecanismos de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS) ?

Após, duas questões abertas, enfocando o conceito de participação e controle social, e sua contextualização ao estado do Rio Grande do Sul.

- c) Qual o seu conceito de controle social? No que ele se diferencia do conceito de participação social?
- d) O Senhor(a) poderia descrever os principais fatores positivos e negativos vinculados à efetivação do controle social via conselhos de saúde no estado do Rio Grande do Sul (RS) ? E especificamente quanto ao Conselho Estadual de Saúde (CES/RS), existem alguns fatores particulares ao mesmo?

Estas eram seguidas de duas questões abordando a percepção dos conselhos enquanto modelo de controle social e sua adequação ao momento atual vivido pelo SUS.

- e) Alguns autores apontam a saturação e a ineficiência das conferências de saúde no Brasil. Já em relação aos conselhos de saúde, a discussão ainda é incipiente. O Senhor(a) identifica o modelo de controle social por meio dos conselhos de saúde como adequado ao momento atual do Sistema Único de Saúde (SUS) ? Justifique.
- f) O Senhor(a) identifica alguma proposta alternativa à proposta atual dos conselhos de saúde para efetivar o controle social no SUS ? Se sim, quais seriam as vantagens/desvantagens frente ao atual?

Por fim, um *check list* de críticas presentes na literatura era apresentado ao entrevistado(a), que se posicionava de forma positiva ou não quanto à pertinência das mesmas.

As críticas apresentadas foram:

- a) Desconhecimento dos conselhos pelos usuários.
- b) Ausência da cultura de participação e de controle social por parte de grande parte da população.
- c) Baixo nível de consciência e organização da comunidade local.
- d) Reutilização do ideário de participação visando inibir nas “classes pobres” a busca de transformação social.
- e) Falta de conhecimento e preparo técnico por parte dos conselheiros.
- f) Participação dos conselheiros por conveniência.
- g) Indicação de conselheiros por interesses partidários.
- h) Práticas clientelistas por falta de autonomia dos conselhos em relação aos gestores.
- i) Necessidade de revisão dos mecanismos de participação social nos conselhos.
- j) Dificuldades de funcionamento, tais como a falta de transparência, reuniões pouco produtivas e critérios questionáveis na escolha de representantes.
- k) Uso de indicadores de desempenho incapazes de refletir a qualidade do serviço controlado pelo conselho.
- l) Acompanhamento insatisfatório da aplicação dos recursos.
- m) Lógica capitalista no conselho que se utiliza de recursos públicos para subsidiar a reprodução do capital em detrimento das políticas sociais.
- n) Criação dos conselhos de saúde baseada em processos formais extremamente burocratizados, apenas para cumprir um dispositivo legal.
- o) Paridade desrespeitada na composição dos conselhos.

Todos os entrevistados receberam um termo de consentimento livre e esclarecido, que foi assinado previamente à realização da entrevista, sendo respeitado os elementos constantes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.

## 4. RESULTADO E DISCUSSÃO

### 4.1- CARACTERÍSTICAS DOS ENTREVISTADOS

A coleta de dados por meio das entrevistas iniciou com a participação na 3ª Plenária Ordinária do CES/RS de 2016, em 17/03/2016, na qual foram contatados sete conselheiros, propositalmente selecionados, devido ao fato de serem informantes-chave. Sequencialmente, entrou-se em contato via e-mail e telefone para o agendamento das entrevistas.

Três meses decorreram entre o agendamento da primeira e a sétima entrevista, quando as informações passaram a se repetir e, pela técnica adotada (novas entrevistas potencialmente não alterariam o cenário), as mesmas foram encerradas. Foram empregados dois meses para a transcrição dos achados, sendo que as entrevistas duraram de 23 minutos a 1 hora e 49 minutos.

Os dados de identificação dos entrevistados, por segmento de representação, estão sintetizados no quadro 4. De comum a todos, a experiência junto a movimentos sociais da área da saúde que, no caso do CES/RS, nunca inferior a 8 anos.

Os três usuários entrevistados contemplam áreas distintas e complementares, quais sejam: ser integrante da comissão de aperfeiçoamento para o controle social e, desta forma, conhecer a realidade e situação dos demais conselhos do estado (U1); associar-se a movimentos sociais no interior do estado, trazendo a perspectiva de militância fora da região metropolitana (U2); e, vinculação com entidade de cunho religioso com experiência em administração hospitalar (U3).

Os dois entrevistados representantes do segmento governo contemplam a representação do gestor estadual e, assim, trazer o conhecimento quanto aos elementos componentes das políticas públicas de saúde, (G1) e o representante do Ministério da Educação e Cultura (MEC), por veicular uma outra abordagem às mesmas, especialmente quanto à formação dos trabalhadores em saúde.

Finalmente, o segmento prestadores de serviços (P1), que contempla o setor dos hospitais filantrópicos, de particular importância quando se aborda a questão dos leitos hospitalares no RS, e o segmento dos profissionais de saúde (T1), com a dupla militância estadual e nacional.

Quadro 4 – Caracterização dos entrevistados.

CÓDIGO	ENTIDADE	SEGMENTO	EXPERIÊNCIA
U1	Fórum Gaúcho de Saúde Mental	Usuário	Integra o conselho há aproximadamente 8 anos. Atualmente, além de integrar a comissão de saúde mental, faz parte da comissão de educação permanente para o controle social. Ocasionalmente passou a fazer parte do CES/RS e hoje trabalha na área diariamente.  <i>“Cheguei por acaso no CES/RS, me interei do controle social e acabei me apaixonando. Meu interesse foi ficando cada vez maior e hoje praticamente eu vivencio meu dia-a-dia todo através do controle social”.</i>
U2	Pastoral do município de Três Passos	Usuário	Integrante e militante de movimentos sociais para a construção do SUS desde 1983.
U3	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil-CNBB/RS	Usuário	Sindicalista e integrante da pastoral da saúde com ampla experiência profissional na área de administração hospitalar.
G1	Secretaria Estadual de Saúde	Governo	Conselheiro com experiência em representações no segmento governo. Atual integrante da mesa diretora do CES/RS.
G2	Ministério da Educação (MEC)	Governo	Aproximação informal com o CES/RS como ouvinte há aproximadamente 8 anos. Há 2 anos passou a formalizar-se no papel de conselheiro. Experiência e engajamento com estudos de movimentos sociais.
T1	Sindicato dos farmacêuticos do estado do Rio Grande do Sul	Trabalhador da saúde	Entrevistado mantém contato direto com o controle social desde antes de ele ser institucionalizado. Integrante dos movimentos que levaram à 8ª CNS, atualmente tem participação no Conselho Nacional como representante da Federação Nacional dos Farmacêuticos, embora nunca tenha sido conselheiro em âmbito nacional.
P1	Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul	Prestador de serviços de saúde	Atuante na área da saúde hospitalar da implantação do SUS até o presente momento. Por meio da atribuição de representar sua entidade passou a integrar o CES/RS e ter contato direto e permanente com o controle social na saúde.

Fonte: Elaborado pela autora

Dos 7 entrevistados, 5 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Consistente com o predomínio do sexo feminino na maioria das profissões em saúde.

Bicalho (2003), em pesquisa semelhante, investigou a ação e representação de conselheiros municipais de saúde na construção do controle social e do SUS a partir de um estudo de caso em Belo Horizonte. Semelhante a este estudo, Bicalho realizou entrevistas

semiestruturadas para a coleta de dados com conselheiros. Ao mencionar como critério para seleção dos entrevistados a experiência de participação, militância e gênero, ele argumenta:

“Trabalhamos com a hipótese de que as variáveis “tempo do mandato”, “militância política anterior” e “gênero” são fatores que influenciam na consciência política desses usuários. Isso nos levou a optar pela estratégia de amostragem, limitando-nos, porém, na seleção dos sujeitos, apenas às três variáveis mencionadas, o que determinou a seleção de oito conselheiros” (BICALHO, 2003, p.150).

As 4 questões seguintes do roteiro semiestruturado buscavam atender aos objetivos desse estudo, ou seja, identificar a percepção do modelo de controle social na saúde na figura dos conselhos; se o formato deste órgão é adequado ao atual momento do SUS; as percepções positivas e negativas quanto aos conselhos de saúde e a existência de propostas alternativas para o controle social na saúde.

#### 4.2- CONTROLE SOCIAL *VERSUS* PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A terceira pergunta solicitava aos entrevistados o seu conceito de controle social e no que ele se diferenciaria do conceito de participação social. As respostas estão sistematizadas no Quadro 5.

À exceção de dois entrevistados (segmento governo e usuário), os demais entrevistados diferenciam tais conceitos, entendendo a participação social como um mecanismo que compreende o controle social, uma ferramenta mais ampla na qual o controle social é integrante. Percebem, assim, o controle social como um meio de participação social amparado por lei, institucionalizado e que envolve responsabilidades.

*“... controle e participação social meio que se confundem. A única diferença (não sei se é a única), mas neste momento pensando seria, é o fato de que os conselhos de saúde têm aporte legislativo”. (U1)*

Nas palavras de um dos representantes do segmento governo:

*“...participação social é um conceito amplo, que traz a perspectiva das pessoas participarem de alguma forma das questões e decisões em saúde de diversas formas. E o controle social, para mim, é um dos formatos que se operacionalizou para a participação social. Ele foi a maneira como o Brasil organizou a participação social dentro do SUS” (G2).*

**Quadro 5 – Respostas à terceira questão: conceito de controle social e no que ele se diferenciaria do conceito de participação social.**

	<b>CONTROLE SOCIAL</b>	<b>PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>	<b>CONTROLE versus PARTICIPAÇÃO E/OU COMENTÁRIO</b>
<b>U1</b>	Dentro da estrutura já estabelecida dos conselhos, define como espaços propositivos, deliberativos e de fiscalização.	Uma das ações que toda a sociedade pratica e que se soma ao controle social.	Aproxima os conceitos de controle e participação social, pontuando que a diferença entre ambos está no fato de os conselhos serem mecanismos de participação social amparados por lei.
<b>U2</b>	Ocorre quando a sociedade participa em diferentes processos democráticos, não se limitando a reuniões de conselhos.	Não diferencia controle social de participação social.	<i>“A participação social ainda existe e onde ela existe há disputa por espaços, o que não deveria haver.”</i>
<b>U3</b>	Uma prática que envolve responsabilidades e que exige assumir compromissos e procurar conhecimentos.	Descreve-a como um dos meios de se exercer o controle social. Pontua que se a participação social for por conveniência e/ou superficial, irá prejudicar o verdadeiro controle social.	Não desassocia os conceitos, contudo, não os entende como sinônimos.  <i>“Controle social e participação social tem haver uma coisa com a outra. Se tu participas, ou tu participas de verdade e controla, ou tu participas e te omite. Se tu te omites, tu não participas”.</i>
<b>G1</b>	Uma ferramenta recente e de grande poder, principalmente no que se refere ao controle social por meio dos conselhos.	Não diferencia os conceitos de controle social e participação social.	<i>“Quando o governo define que a formulação e o controle da execução da política são de uma instância organizada de participação social (ele não é uma mera participação da sociedade), mas dentro de uma instância organizada dentro de segmentos, ele dá um poder muito grande sobre todas as ações do sistema de saúde (SUS) do Brasil”.</i>
<b>G2</b>	Uma ferramenta que reflete a organização do Brasil e institui os espaços de participação social.	Um amplo instrumento de controle que pode se manifestar em diversos formatos.	Controle social como um dos formatos que se operacionaliza a participação social.
<b>T1</b>	Um meio de participação social com institucionalização formalizada.	Todas as formas e instâncias em que a população deve participar.	Participação social como um conjunto de atitudes de maior amplitude que o controle social.  <i>“entendo que o controle social merece esse olhar com... com uma participação mais formalizada, mais institucional, inclusive porque acho que é necessário”.</i>

<b>P1</b>	Uma forma de participação social que, entretanto, engloba maiores responsabilidades. Logo, para se “deliberar pelo controle social” é necessário conhecimento e preparo.	Refere-se à consciência do cidadão e sua inserção na estrutura social que integra e convive cotidianamente. Por meio dela é possível haver trocas de experiências e o fortalecimento das comunidades na reivindicação de suas demandas.	Os diferencia, uma vez que o controle social exige maiores responsabilidades que a participação social. Lembra, no entanto, que ambos são necessários.  <i>“O controle social é uma questão muito importante porque junto com ela advém uma responsabilidade.”</i>
-----------	--	---	--

Fonte: Elaborado pela autora

Apesar de diferenças pontuais, os entrevistados convergem em entender o controle social como uma conquista para o Brasil e uma ferramenta de participação popular com grande poder. Enquanto o controle social remete à possibilidade de monitoramento e fiscalização dos poderes públicos por parte dos indivíduos, coerentemente com as respostas, para autores como Cortês (2002), a participação social remete à população interagindo constante e permanentemente com o poder político estatal.

Cortês (2002), citando Ham (1980), Lee e Mills (1985) e Paul (1987), teoriza as diferentes modalidades e gradações do que seria a participação. Sinteticamente, haveria participação quando existe o envolvimento da população e esta tomar parte do processo de decisão política, sendo que, independente de resultados imediato, o ato de participar fortalece o Sistema Único de Saúde.

Autores como Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009), por sua vez, opõem-se à ideia de que toda a participação repercute em melhoras e de que a participação em si constitua um ganho democrático. Os mesmos não identificam os conselhos como uma forma de participação direta para o controle social na saúde, uma vez que participar exige atuar diretamente, e estes órgãos são espaços representativos, não se tratando de uma arena de exercício da democracia direta.

“Participar é (entendido como) tomar parte em decisões; decisões que envolvem tarefas que são precípuas a funcionários supostamente competentes (ou pagos) para realizá-las. A questão remete à complexidade técnica dessas decisões, e à concepção do papel que a participação deve desempenhar. Dar voz ao usuário pobre pode ser um substitutivo do atendimento que ele não tem” (VIANNA, CAVALCANTI, CABRAL, 2009, p.246).

Ou, como apontam os entrevistados:

*O que deveria haver é uma soma de forças entre o controle social e toda a sociedade civil organizada para, da melhor forma possível, fazer cumprir o seu papel que tanto lutamos que fosse feito pela sociedade”. (U2)*

*No momento em que você está lá participando do controle social, indicado pela sua entidade que homologa a sua participação, as decisões que se toma lá de aprovação ou reprovação são de fundamental importância. Tem que se ter uma segurança muito*

*grande de saber que ali você está fazendo encaminhamentos em nome de um segmento”. (P1)*

A questão seguinte (item 4.3) buscava identificar quais os problemas e quais os benefícios que os integrantes do CES/RS percebem no modelo de controle social via conselhos de saúde no estado do Rio Grande do Sul. E, especificamente quanto ao Conselho Estadual de Saúde (CES/RS), se os entrevistados identificam alguns fatores particulares ao mesmo.

#### 4.3- FATORES ATRELADOS À EFETIVAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL POR MEIO DE CONSELHOS DE SAÚDE

Por meio do quadro 6 percebe-se que, por quase unanimidade, o principal mérito dos conselhos de saúde no Brasil é o próprio fato de eles existirem, por se configurarem como uma conquista social que permite a vocalização de diferentes atores sociais.

*“Como aspectos positivos, eu acho que o próprio fato de existir o controle social, de existir os conselhos e o fato dele envolver diferentes atores do processo”. (T1)*

E, como consequência: *“A Saúde só não é pior no Brasil devido ao controle social, mesmo com todas as fragilidades que estamos falando” (U3).*

**Quadro 6 – Respostas à quarta questão: pontos positivos e negativos percebidos no modelo de controle social via conselhos de saúde e, especificamente, fatores envolvendo o Conselho Estadual de Saúde (CES/RS).**

	<b>PONTOS POSITIVOS</b>	<b>PONTOS NEGATIVOS</b>	<b>PARTICULARIDADE DO CES E/OU COMENTÁRIO</b>
<b>U1</b>	É um meio de efetivar o SUS e possibilita a fiscalização de todo e qualquer recurso financeiro que será aplicado no sistema único de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade na execução de ações em virtude de o conselho não ter orçamento próprio;</li> <li>- Desrespeito muito grande por parte da gestão, de órgãos como o legislativo e os ministérios;</li> <li>- Condições precárias de mobilidade e de ações nas comunidades mais distantes;</li> <li>- Entrave de questões políticas partidárias.</li> </ul>	<p>Não acredita que a realidade do CES/RS seja muito diferente da realidade dos demais conselhos no estado. Identifica, entretanto, que a eficácia de algumas ações pode ser um ponto mais positivo no CES/RS do que nos municípios, uma vez que muitos conselhos municipais são cooptados quando, por exemplo, o presidente do conselho é o secretário de saúde ou quando os conselheiros são todos funcionários da prefeitura.</p>
<b>U2</b>	A possibilidade de existência de conselhos regionais, pois eles permitem a aproximação dos conselhos municipais com o conselho estadual.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaço de disputa entre entidades;</li> <li>- Influência de interesses pessoais nas deliberações.</li> </ul>	<p><i>“Nos anos 90, até meados de 2008, éramos exemplo de controle social para todo o país. Começou uma disputa interna entre espaços, entre entidades, houve conflito de interesses e isso prejudicou não só o controle social, mas toda uma população. E hoje requer um repensar, um reorganizar”.</i></p>
<b>U3</b>	Os conselhos como meio de reunir diferentes entidades que têm em comum o compromisso com a saúde e como meio para promover e incentivar eventos que busquem o fortalecimento do SUS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilidade dos conselhos;</li> <li>- Participação sem compromisso social;</li> <li>- Representações com defesas individuais;</li> <li>- Despreparo de alguns conselheiros;</li> <li>- Falta de acompanhamento na aplicação de recursos financeiros e no cumprimento dos percentuais mínimos obrigatórios para a saúde.</li> </ul>	<p>Percebe o CES/RS fragilizado pela composição do colegiado não estar completa. Lembra, também, que a situação da maioria dos conselhos municipais do Rio Grande do Sul é ainda mais grave.</p>
<b>G1</b>	Como fator positivo e específico do CES/RS e do conselho municipal de saúde de Porto Alegre, a presença de alguns conselheiros muito bem organizados e participativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indisponibilidade e falta de consciência por parte da sociedade civil;</li> <li>- Falta de renovação dos conselheiros;</li> <li>- Fragilidade dos conselhos municipais;</li> <li>- Incapacitação por parte de alguns conselheiros;</li> <li>- Excesso de discussões pontuais e falta de discussões relevantes.</li> </ul>	<p><i>“Com certeza todos os conselheiros que aqui estão contribuem pelo acúmulo, mas eu também entendo que precisaria ter uma renovação. Gente que viesse e que pudesse estar trazendo outros ares também para a discussão hoje do controle social”.</i></p>

<b>G2</b>	Os conselhos são uma conquista social, um canal de participação da sociedade civil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfraquecimento do conselho como mecanismo de controle social;</li> <li>- Frágil representatividade;</li> <li>- Desmotivação generalizada para participar;</li> <li>- Desinteresse dos usuários e dos trabalhadores;</li> <li>- horários e locais inconvenientes;</li> <li>- Descrença de que a participação repercute em mudanças;</li> <li>- Pouca participação efetiva;</li> <li>- Pautas questionáveis;</li> <li>- Necessidade de renovação dos conselheiros;</li> <li>- Formato rígido, burocrático com estrutura engessada;</li> <li>- Reuniões maçantes.</li> </ul>	<p>O entrevistado destaca que o conselho estadual possui boa organização e está coordenado por uma presidenta engajada, contudo, questiona o modelo de uma forma geral.</p> <p><i>“Acho que tinha muito mais empolgação e entusiasmo para a participação de uma forma geral, não só nos conselhos, mas se reflete nos conselhos”.</i></p>
<b>T1</b>	A existência do próprio mecanismo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade de encontrar pessoas dispostas, com disponibilidade de tempo e capacitadas;</li> <li>- Limitações na capacitação de novos conselheiros;</li> <li>- Falta de estrutura, de recursos financeiros, e, principalmente, de recursos humanos (incluindo assessoria técnica);</li> <li>- Composição do modelo de conselhos enfraquecida e subjugada à gestão.</li> </ul>	<p>Acredita que a realidade do CES/S seja semelhante à maioria dos conselhos no Brasil. Ressalta uma particularidade negativa do CES/RS: as entidades que o integram estarem previamente nomeadas em legislação.</p>
<b>P1</b>	O fato de o controle social carregar uma história de lutas que repercutiram, por exemplo, na conquista da lei complementar 141/12.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partidarização e influência de posições ideológicas;</li> <li>- Casos onde o gestor ainda domina o controle social, ou ainda, o gestor é o próprio presidente do conselho.</li> </ul> <p><i>“A maioria dos conselhos tem uma história efetiva de controle e de integração e até de conflito com os gestores do Sistema Único de Saúde, fato que vem sempre em benefício do sistema”.</i></p>	<p>Existência de uma lei de criação que engessa a estrutura.</p> <p><i>“Há unanimidade na mesa diretora do CES/S em pensar que nós considerarmos que a ocupação dos espaços e das representações deve ser decidida dentro dos segmentos”.</i></p> <p>Como ponto positivo específico ao CES/RS está a não aprovação dos orçamentos e contas do estado pelo fato de não se cumprir a lei de destinação dos recursos específicos para a saúde.</p>

Fonte: Elaborado pela autora

Entre os pontos negativos mencionados, chama a atenção o fato de repetidas vezes problematizar-se a maior fragilidade e submissão/subjugação dos conselhos municipais ao gestor. Cortês (2002), apesar de posicionar-se favoravelmente em prol dos conselhos municipais como mecanismos satisfatórios de controle social na saúde para o Brasil, reconhece a fragilidade dos mesmos:

“Clientelismo e paternalismo ainda são características marcantes nas relações entre governo e grupos de interesse no Brasil, especialmente nas pequenas cidades e nas áreas rurais menos industrializadas do país. Embora a existência desses fóruns possa colaborar para a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, eles têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos municípios brasileiros” (CORTÊS, 2002, p. 25).

Quanto às demais lacunas, destaca-se a percepção dos entrevistados quanto à subordinação dos conselhos a outros órgãos, à necessidade de maior reconhecimento dos conselhos pela população, a frágil representatividade, as pautas questionáveis e reuniões improdutivas e a influência de questões políticas partidárias.

*“A nossa lei, que é de 94, quando ela foi formulada e aprovada na assembleia, ela acabou saindo com um vício que tem atrapalhado um pouco a nossa organização e uma maior representatividade no âmbito do conselho, que é o fato de ela ter saído em sua composição com algumas entidades nominadas”. (T1)*

*“O conselheiro, quando ele se propõe a atuar no controle social de forma eficaz as ações acontecem e, às vezes (como um fato negativo) a gente acaba esbarrando numa burocracia, numa coisa complicada que é a questão político-partidária. Isso atrapalha todo o processo de execução do controle social... Ainda é extremamente negativo quando se têm políticas de estado e não políticas de governo”. (U1)*

Coelho e Favaretto (2007) já haviam evidenciado esta última questão:

“Um dos principais achados da literatura tem sido a verificação da replicação do jogo político partidário na esfera participativa (...) A participação institucional produzida ao longo de três décadas de redemocratização teria repostado, de certa maneira, os vícios – e talvez, por que não, as eventuais virtudes – do sistema político partidário no Brasil” (COELHO e FAVARETO, 2007, p.114).

Convergem, principalmente, em destacar a dificuldade em se encontrar conselheiros comprometidos e capacitados, assim como alertam para a necessidade de renovação dos integrantes dos conselhos: *“Me parece que a maior dificuldade que estamos enfrentando hoje é recursos humanos” (T1).*

Alencar (2013), ao analisar a questão da desigualdade nos conselhos nacionais e buscar identificar o perfil predominante dos conselheiros no Brasil, evidencia traços de desigualdades de sexo, raça e localização.

“Além disso, as evidências sugerem que tem se manifestado a reprodução de algumas das desigualdades mais marcantes na sociedade brasileira. O perfil dos conselheiros é marcado por predominâncias do sexo masculino, da cor branca e de origens regionais concentradas nos principais centros econômicos e políticos do país” (ALENCAR, 2013 p. 129).

Em relação a peculiaridades do Conselho Estadual do Rio Grande do Sul, parcela dos entrevistados problematizou a legislação inicial do órgão, que determina quais as entidades

podem integrar o conselho, impossibilitando, portanto, a participação de novos representantes, assim como mantem assento para entidades que não possuem mais interesse em participar, ou até mesmo deixaram de existir.

*“Há aproximadamente seis anos atrás realizamos a análise dos conselhos regionais e dos 19 existentes nenhum tinha paridade respeitada. Mais grave, partimos para a análise da composição do colegiado dos 497 conselhos municipais do estado e destes, somente 28 tinham paridade”. (U3)*

Contudo, a percepção dos entrevistados é de que, de forma geral, a realidade dos demais conselhos no RS, ou mesmo no Brasil, seja semelhante ao CES/RS. Tal percepção vai ao encontro do que Avritzer (2012) já havia constatado em um de seus estudos:

*“o padrão da participação social no Brasil democrático é relativamente homogêneo. As evidências apresentadas neste artigo em relação às características de gênero, renda e escolaridade dos participantes sugerem uma continuidade entre a participação no âmbito local e a participação no plano nacional” (AVRITZER, 2012, p. 21).*

Portanto, destaca-se a percepção negativa dos entrevistados em relação ao processo de renovação do quadro de conselheiros, à maior relevância social para os conselhos enquanto mecanismo de controle social (tanto por parte da sociedade civil, quanto por parte dos próprios órgãos governamentais) e a necessidade de deliberações sem viés pessoal e/ou “partidarizado”.

Especificamente quanto ao processo de representação junto ao CES/RS, destaca-se o problema de, em sua lei de criação, não permitir que novas instituições sejam nomeadas e passem a integrá-lo, sem passar novamente pelo crivo da Assembleia Legislativa. O que provocou um engessamento das entidades representadas.

Contudo, embora com todas as suas fragilidades, os conselhos são percebidos como uma conquista social da democracia participativa.

#### 4.4 - ADEQUAÇÃO DO MODELO DE CONTROLE SOCIAL VIA OS CONSELHOS DE SAÚDE

Na sequência, os entrevistados respondiam, a exemplo das conferências de saúde, se o modelo de controle social por meio dos conselhos de saúde é adequado ao momento atual do Sistema Único de Saúde (SUS).

*“Nós estamos ainda em uma situação muito incipiente. Aqui no Rio Grande do Sul a gente conseguiu evoluir. Aqui se tem uma consciência política fundamentada, mas não é assim em todos os estados brasileiros. Então, de forma alguma o modelo de conselhos está esgotado. Ele está incipiente ainda e tem muito que evoluir. Já as conferências, sim, estão esgotadas.” (P1)*

A questão de ser incipiente deve ser relativizada ao momento do regramento legal dos conselhos de saúde, em 1990. *“Nos anos 90, até meados de 2008, éramos exemplo de controle social para todo o país” (U2)*. Passados já pouco mais de 25 anos, a situação parece ser outra:

*“Eu não sei se é o modelo que não está adequado ou talvez a nossa possibilidade de colocá-lo em funcionamento... Eu acho que o grande problema que a gente enfrenta é o de não conseguir efetivar o modelo. Um percentual a gente consegue garantir, mas, talvez, um grande percentual a gente não consiga, por toda essa nossa debilidade da estrutura e da própria composição dos conselhos.” (T1)*

Apesar dos entrevistados não firmarem convicção no esgotamento do modelo de controle social na saúde via conselhos, os mesmos salientam a necessidade de que ele seja repensado.

*“... vejo o modelo como uma ferramenta com resolutividade para muitas coisas, entretanto, peca em sua estrutura burocrática ... que eu questiono muito se realmente representa, e se realmente está com a pauta que é mais necessária sob a perspectiva das pessoas, dos usuários, das comunidades e até dos trabalhadores”. (G2)*

Ainda mais se levado em consideração a questão dos recursos alocados para os programas de educação permanente aos conselheiros e para a realização das conferências de saúde, redundando em *“poucos resultados concretos, para deliberações pouco produtivas, e para haver interferências negativas de questões políticas partidárias” (G1)*.

*“... acho que precisaria, sim, de uma reformulação muito grande no controle social para a gente fazer com que isto efetivamente fosse o grande condutor da política de saúde nos três níveis de governo”. (G2)*

O maior problema do modelo se vincula ao enfraquecimento do poder deste órgão e, principalmente, ao se conformar como uma ferramenta que não cumpre integralmente suas atribuições.

*“Então, às vezes, a gente fica com o sentimento de desilusão... o conselho não consegue cumprir efetivamente a sua função maior que seria ter encaminhamentos para as políticas de saúde em cada nível de governo. Ele está muito no operacional.” (G1)*

A fala acima pode ser compatibilizada ao fato do CES/RS ter, sistematicamente, não aprovado os recursos alocados para as ações e políticas de saúde estaduais encaminhados à Assembleia Legislativa do estado do Rio Grande do Sul anualmente, bem como as respectivas prestações de contas do gestor estadual, sem maiores efeitos práticos.

*“Creio que se deve repensar como melhor organizá-lo para que, de fato, aquilo que a população pensou, sugeriu, chegue para o plano plurianual da saúde... A população*

*realmente deve ter um espaço para sugerir que políticas públicas são necessárias para o momento e o que realmente está acontecendo, mas não esquecer o olhar pra frente”. (U2)*

*“Eu acho que há um esvaziamento no modelo. Há um esgotamento no sentido de decepção, de não acreditar mais. Eu já tive alguns momentos que decidi não ir mais, mas pelo pedido de minha entidade acabei voltando. Há desmotivação de não acreditar mais, em muitos momentos parece que é um modelo que só faz de conta”. (U3)*

A frase a seguir de um entrevistado do segmento usuário sintetiza a discussão:

*“Eu acredito que o modelo em si de conselhos, eu acho que se ele for da forma como ele foi proposto, como está na lei, ele dá conta sim e ele é eficaz. Algumas coisinhas aqui e ali, mas eu acho que ainda é o modelo-base que a gente pode fortalecer (...). Tem alguns pontos que a gente vai ter que rever, porque se a gente pegar e desenhar o controle social conforme ele está posto e seguir os trâmites conforme se deve, o SUS não estava desse jeito”. (U1)*

De acordo com alguns relatos, o modelo dos conselhos conforme está posto não é um formato inconveniente, sendo que o problema não está no modelo em si, mas na efetivação do mesmo.

*“O modelo que existe hoje de conselho de saúde, eu ainda enxergo como um modelo que é o que está posto e é o que, em princípio, tem que permanecer. (U1)*

Avritzer (2012) menciona a efetividade como um dos elementos mais difíceis na arena das políticas participativas e atribui tal barreira ao fato de não haver articulação com a gestão.

*“... gostaria de discutir o elemento mais difícil do atual debate participativo, a questão da efetividade. Essa questão, que tal como as duas anteriores, está colocada para as políticas participativas desde o início da democratização, é a menos precisa na nossa pesquisa de opinião. Os dados apontam para algum elemento de efetividade, mas apontam também para fortes lacunas. Estas lacunas são provocadas pelo fato de ainda não haver uma forma de gestão que se articule claramente com as decisões” (AVRITZER, 2012, p. 22).*

Frisou-se, ainda, a representatividade questionável dos conselhos como órgãos de controle social na saúde.

*O que nós precisamos é fazer a estrutura estabelecida em lei funcionar. E dou o exemplo do CES/RS que a lei estabelece que nós sejamos um conselho paritário com 52 representantes (26 usuários, 13 trabalhadores e 13 representantes de prestadores de governo), esta estrutura hoje não existe”. (P1)*

*“... alternativa é aprovar uma lei que modifique a maneira de nós conseguirmos fazer a escolha das entidades que vão compor e que possam ter uma renovação que vá permitir oxigenação”. (T1)*

Neste sentido, Alencar (2013) citando Lavallo e Vera (2011) já havia discutido o problema da representação. Segundo a autora, uma vez que a participação nos conselhos não é

de forma direta, e sim ao encargo de conselheiros, nem sempre tal representação é a que concebe o desejo da maior parte do segmento.

“No que se refere à representação esta se torna um problema, uma vez que, nos conselhos, a participação não se manifesta de forma direta. As conselheiras e os conselheiros passam por diversos processos seletivos, tornando-se representantes, se não de sua população de referência, no mínimo, de suas entidades ou de um conjunto delas que atuam na mesma área temática. As críticas referem-se à constatação de que, nos espaços de participação, os membros envolvidos exercem função de representação sem a autorização formal da sociedade como um todo” (ALENCAR, 2013. p.119).

Não se deve esquecer, entretanto, a vinculação deste modelo de controle social ao processo de democratização do país, em curso.

*“Acho que tinha muito mais empolgação e entusiasmo para a participação de uma forma geral, não só nos conselhos, mas se reflete nos conselhos. Acredito que isso veio enfraquecendo ao longo do tempo e hoje em dia eu vejo como algo que funciona para muitas coisas, mas eu vejo como um processo, uma coisa mais burocrática que eu questiono muito se realmente representa e se realmente está com a pauta que é mais necessária sob a perspectiva das pessoas, dos usuários, das comunidades e até dos trabalhadores”. (G2)*

Ao final, pode-se observar três posturas distintas quanto ao modelo dos conselhos de saúde: que um novo modelo deve substituir o formato atual de controle social na saúde (U3 e G1); não firmaram convicção, nem no esgotamento do modelo de conselhos, nem na necessidade de um novo formato (G2 e T1); e, que o problema não estaria no modelo de conselhos em si, mas na possibilidade de efetivá-lo (U1, U2 e T2).

Essa terceira posição sugere não necessariamente um novo modelo, mas que o atual seja revisto e aprimorado (imperativo de fortalecimento do Conselho e representatividade desvinculada de interesses pessoais e partidários). Entre as mudanças sugeridas foram citadas:

- a) Um modelo menos rígido;
- b) Renovação dos meios e das formas de comunicação;
- c) Ampliação na quantidade de instituições que integram os conselhos;
- d) Busca de novas instituições para firmar parcerias;
- e) Integração direta com a academia;
- f) Renovação do quadro de conselheiros;
- g) Divulgação do órgão no sentido de que este venha a ter maior prestígio.

Aqueles que defenderam um novo modelo propuseram uma alteração profunda no regramento legal do que hoje se entende por conselhos de saúde, como sua conformação como uma autarquia ou assemelhado (órgão caracterizado por comandar a si mesmos e dotado de ampla liberdade de gestão).

Neste contexto, importante destacar que a administração pública brasileira se divide em Administração direta e indireta. A Presidência da República, os ministérios e as secretarias especiais fazem parte da Administração direta. Por sua vez, as autarquias, tais como as fundações públicas, agências executivas e reguladoras, por exemplo, integram a administração indireta brasileira.

As autarquias (órgãos que integram a administração pública indireta) caracterizam-se por sua personalidade jurídica própria. Cabe a elas desempenhar funções do Estado de forma descentralizada, e em todas as esferas do país. Ao serem criadas por meio de uma lei, possuem a finalidade de executar uma atribuição particular (Brasil, 2016).

Todas as autarquias, tais como as universidades federais, o Banco Central e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP), caracterizam-se por seu patrimônio e receita próprios e sujeitos à fiscalização do Estado, por terem como funcionários servidores públicos, e por estarem em funcionamento nas mais diversas áreas do país.

Campos (2000) tem uma proposta de um “SUS autárquico”. Tal proposta parte do princípio de que, diferentemente de outras áreas, o campo da saúde possui muitas peculiaridades que o diferenciam e devem ser, por isso, tratados de forma particular. Segundo o autor, o sistema de saúde brasileiro traz a ideia de gestão participativa e de controle social sobre o Estado que pode ser “radicalizado” para se pensar em um conceito de gestão que ultrapassasse a ideia de controle social. Ou seja, seria necessária outra forma de pensar gestão que combinasse certo grau de autonomia ao trabalhador com certo grau de controle sobre o mesmo, tais como controle da lei, de valores e do direito à saúde.

Portanto, embora com graus diferentes de problematização, todos os entrevistados percebem que o modelo de conselhos para o controle social na saúde urge aprimoramento.

*“... mas o que eu posso dizer é que tem que mexer, alguma coisa tem que ser feita. Nós estamos em um momento onde aquilo que se pensou - o poder que tem os conselhos, o poder que tem as conferências - está na lei. Contudo, não estão se efetivando na prática. Há que se mexer em algumas coisas”. (G1)*

Mesmo a parcela dos entrevistados que não defende a criação de um novo modelo, sinaliza para que o órgão seja reformulado com o propósito de que haja, de fato, um mecanismo adequado ao momento atual do Sistema Único de Saúde.

#### 4.5- PROPOSTA DE MODELO ALTERNATIVO AOS CONSELHOS PARA A EFETIVAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE.

No quadro 7 estão consolidadas as respostas da sexta questão do instrumento de coleta de dados, quanto à percepção de propostas alternativas à atual dos conselhos de saúde.

Os relatos sistematizados no quadro 7 demonstram a não existência da formulação plena, mesmo que no plano hipotético, de como seria um modelo alternativo aos conselhos para o controle social na saúde por parte dos entrevistados. Ainda que tenham sido sugeridas adaptações que poderiam ser postas em prática, caso surgisse um novo modelo.

**Quadro 7 – Respostas à sexta questão: O Senhor(a) identifica alguma proposta alternativa à proposta atual dos conselhos de saúde para efetivar o controle social no SUS? Se sim, quais seriam as vantagens/desvantagens frente ao atual?**

	<b>PERCEPÇÃO</b>	<b>PROPOSTA</b>	<b>COMENTÁRIO</b>
<b>U1</b>	Entrevistado pontua que, a princípio, este é o formato de órgão que deve permanecer.	Defesa do atual modelo, contudo, salienta latência de, por exemplo, haver renovação por parte dos conselheiros para melhorar a eficácia.	<i>Na realidade tem que fazer um olhar com mais cuidado para todo esse processo de controle social, para esse modelo de conselhos de saúde”.</i>
<b>U2</b>	Percebe como um modelo que pode ser aprimorado.	Sugere o engajamento de todas as entidades e de todos os representantes da sociedade civil organizada para a reconstrução do controle social na saúde via conselhos.	<i>“Precisamos de humildade, sentar ao redor de uma mesa, tentar fazer uma autocrítica e uma reconstrução do controle social como um todo sem questões pessoais interferindo naquilo que deve ser do coletivo”.</i>
<b>U3</b>	Não propõe descarte total do controle social na saúde no molde dos conselhos. Recomenda que se modifiquem os mecanismos falhos e que se fortaleçam os com bons resultados.	Sinaliza para ampliação na quantidade de entidades que integram os conselhos, para que haja maior integração com a academia e, principalmente, para que o Ministério Público atue sobre as denúncias da não aplicação dos percentuais mínimos na saúde.	<i>“Não podemos descartar tudo que existe. Em cada situação precisamos saber o que é bom e descartar o que não presta e, em muitos momentos, sair da mesmice. Ter coragem de dizer isso não dá mais! ”</i>

<b>G1</b>	Revela conhecimento da existência de propostas alternativas ao modelo de controle social via conselhos de saúde, porém, desconhecimento de quais e como seriam. Alerta para a mudança do atual modelo, uma vez que o controle social não está ocorrendo na prática.	<i>“Quando eu digo que os conselhos estão se perdendo em discussão de fatos pontuai... Esta, para mim, era uma discussão que deveria estar sendo feita dentro do próprio conselho e que não se faz”.</i>	<i>“Não conheço essas alternativas, mas sei que existe... Há que se mexer em algumas coisas que eu não me atrevo agora a dizer, ou sugerir quais são, porque acho que eu fiquei muito mais na execução e por isso não estou me apropriando do assunto para poder opinar”.</i>
<b>G2</b>	Entrevistado alerta para a complexidade existente ao se propor um novo modelo ou uma solução para o atual. Salienta a latência para a criação de uma via alternativa para as demandas da população chegar aos conselhos.	Sugere um modelo alternativo com menos rigidez, com renovação dos meios e das formas de comunicação, com respostas para as reivindicações sociais como fator motivador e restituidor do entusiasmo entre a sociedade para o controle social.	<i>“Acho que tinha que ter um jeito mais fácil de as pessoas simplesmente serem ouvidas. Essa é uma coisa que eu vejo que falta no mecanismo dos conselhos</i>
<b>T1</b>	Identifica necessidade de reformulação dos conselhos para que haja novas representações e maior reconhecimento deste mecanismo de controle social por parte da população e da gestão. No caso do CES/RS, aponta para a necessidade de nova legislação.	Como uma alternativa de mudança para o modelo sugere que os conselhos pudessem tornar-se órgãos independentes, com maior autonomia:	<i>“Precisamos gente com realmente disposição, garra, vontade de realmente fazer e, por outro lado, ter um reconhecimento -acho eu que dá própria sociedade e da gestão- da importância desse órgão para que ele tenha a estrutura que ele precisa, para que ele consiga realmente funcionar”.</i>
<b>P1</b>	Entrevistado não percebe uma proposta alternativa melhor que a estruturação que há hoje.	Defende a permanência do modelo atual, ressaltando que ele precisa de melhoras, mas que está em um formato satisfatório.	<i>“O modelo está muito bom. Ele deve continuar e deve melhorar.</i>

Fonte: Elaborado pela autora

Apesar de não ter sido sugerida nenhuma proposta alternativa, os entrevistados alertam para a urgência em se repensar, senão todo o modelo, alguma parcela. Entre as sugestões de aprimoramento dos conselhos está a criação e/ou reformulação em um formato mais flexível, com renovação dos meios e das formas de comunicação e com novas representações. Os entrevistados sugerem, também, a criação de uma via alternativa para encaminhar as demandas da população, e que os conselhos pudessem tornar-se órgãos independentes, com maior autonomia, tais como autarquias (criação por leis específicas, autonomia administrativa e financeira).

*“Talvez uma coisa que pudesse ajudar neste sentido, seria se a gente pudesse ter uma dotação orçamentária própria, que a gente pudesse ter um pouco mais de autonomia no funcionamento do conselho, para que a gente pudesse garantir aquilo que é necessário independentemente.*

*“Não sei como poderia ser, mas que fosse um órgão tipo o Ministério Público, alguma coisa assim que tivesse um funcionamento independente”. (T1)*

*“... acho que deve ter um misto entre uma estrutura mais dura, que é necessária para que a coisa fique organizada, e uma coisa mais fluida que permita que as pessoas tenham facilidade para acessar. Isso tem que ser incorporado de alguma forma! ”. (G2)*

Por meio dos quadros anteriores pode-se constatar que há inúmeros problemas levantados quanto ao modelo de controle social via conselhos (ver item a seguir), com ao menos dois consensos percebidos: a renovação dos representantes e a alteração do papel dos conselhos perante a gestão em saúde.

*“Precisamos gente com realmente disposição, garra, vontade de realmente fazer e, por outro lado, ter um reconhecimento -acho eu que dá própria sociedade e da gestão- da importância desse órgão para que ele tenha a estrutura que ele precisa, para que ele consiga realmente funcionar”. (T1)*

Em síntese, distinguem-se dois posicionamentos distintos entre os entrevistados no que se refere à proposta de um modelo alternativo para efetivar o controle social no SUS: a permanência do modelo atual via conselhos de saúde, ressaltando a necessidade de seu aprimoramento, e a defesa da criação de um novo modelo, ainda que não explicitado.

De forma geral, os mecanismos percebidos falhos pelos entrevistados e que deveriam ser aprimorados relacionam-se ao quadro de conselheiros e ao imperativo de maior reconhecimento, flexibilidade e integração do órgão. Logo, é compreensível a complexidade em se propor um novo modelo (conforme já posto por G2). Contudo, as limitações evidenciadas no modelo atual indicam que algo deveria ser feito.

Consoante com autores como Berclaz (2014), Guershman (2004), Breder (2014), Pereira (2009), Guizardi e Pinheiro (2006), Medeiros (2010), Valla (1998), Vianna, Cavalcanti e Cabral (2009), Semionatto e Nogueira (2001), Oliveira (2010) e Correia (2005) constata-se inúmeras lacunas que acabam por prejudicar tal mecanismo de participação democrática, sendo latente que, senão um novo modelo seja repensado, que o atual seja rediscutido.

#### 4.6- ELEMENTOS LIMITANTES AO CONTROLE SOCIAL

Por fim, os sete entrevistados foram questionados sobre quais elementos apontados como limitantes ao controle social presentes na literatura poderiam ser identificados no CES/RS (Quadro 8).

**Quadro 8 –Frequência de críticas enumeradas quanto aos conselhos de saúde como instrumento de controle social.**

	<b>PRINCIPAIS CRÍTICAS</b>	<b>n</b>
<b>A</b>	Ausência da cultura de participação e de controle social por parte de grande parte da população	7
<b>B</b>	Paridade desrespeitada na composição dos conselhos	6
<b>C</b>	Criação dos conselhos de saúde baseada em processos formais extremamente burocratizados, apenas para cumprir um dispositivo legal	6
<b>D</b>	Necessidade de revisão dos mecanismos de participação social nos conselhos	6
<b>E</b>	Desconhecimento dos conselhos pelos usuários	6
<b>F</b>	Acompanhamento insatisfatório da aplicação dos recursos	5
<b>G</b>	Uso de indicadores de desempenho incapazes de refletir a qualidade do serviço controlado pelo conselho	5
<b>H</b>	Práticas clientelistas por falta de autonomia dos conselhos em relação aos gestores	5
<b>I</b>	Indicação de conselheiros por interesses partidários	5
<b>J</b>	Falta de conhecimento e preparo técnico por parte dos conselheiros	5
<b>K</b>	Baixo nível de consciência e organização da comunidade local	5
<b>L</b>	Dificuldades de funcionamento, tais como a falta de transparência, reuniões pouco produtivas e critérios questionáveis na escolha de representantes	4
<b>M</b>	Participação dos conselheiros por conveniência	3
<b>N</b>	Reutilização do ideário de participação visando inibir nas “classes pobres” a busca de transformação social	3

Fonte: Elaborado pela autora.

O *check list* sistematizado no quadro 8 demonstra que todas as alternativas apresentadas foram identificadas por, pelo menos, dois conselheiros entrevistados. Em sua totalidade, todos os entrevistados acreditam que não há consciência política ou de participação social por parte considerável da sociedade civil brasileira. Percepção consistente às referências ao desconhecimento dos conselhos pelos usuários (alternativa E, 6 citações) e ao baixo nível de consciência e organização da comunidade local (alternativa K, 5 citações).

Ciconello (2008), ao mencionar a debilidade da formação política e educação popular no país, aponta para a fragilidade de organizações fortalecidas:

“Uma estrutura de participação nas políticas públicas pressupõe a existência de organizações da sociedade civil fortalecidas e autônomas. Para atuar, técnico e politicamente, em conselhos e conferências são necessários recursos humanos qualificados.... Atualmente, há uma lacuna de processos de formação política e educação popular...” (CICONELLO, 2008, p. 9).

As 4 alternativas, identificadas por 6 entrevistados (B, C, D e E), englobam problematizações relacionadas, direta ou indiretamente, à estrutura do modelo de conselhos (percebida como burocrática) e aos canais de participação do mesmo. Neste sentido, tais lacunas

sugerem que a estrutura do formato atual do órgão, conforme está posto, limita a participação social e não condiz com um modelo de controle social satisfatório para a saúde.

As alternativas F a K, apontadas por 5 entrevistados, envolvem problemas de gestão e de fiscalização: desconfiança em indicadores e controle limitado da aplicação de recursos.

As alternativas I e J, presentes na literatura e apontadas por 5 entrevistados, problematizam a indicação de conselheiros por interesses partidários e a falta de conhecimento técnico por parte dos mesmos. Ao abordar a questão da competência política ou técnica dos membros do CES/RS, os entrevistados conflitam com o grau de representação esperado para a instância estadual dos conselhos. É de se esperar que as entidades representadas, sejam associações de moradores ou sindicatos, encaminhem seus intelectuais orgânicos, ao mesmo tempo que não é função dos conselhos duplicar atividades técnicas que seriam próprias da Secretaria Estadual de Saúde. E que esta encaminhe representantes que sejam partidariamente identificados. Ou seja, conformando o CES/RS como uma arena de discussões,

Por fim, emergem das entrevistas e estão presentes de forma recorrente na literatura, a qualificação dos conselheiros (do despreparo técnico às formas de indicação e renovação), as debilidades no processo de fiscalização e acompanhamento na aplicação de recursos e o não reconhecimento dos conselhos de saúde, tanto por instâncias superiores quanto pela própria população.

Entre os problemas não mencionados no *check list* acima, a ausência de repercussões frente às denúncias de não cumprimento da lei complementar 141/12, seja nos municípios ou estado do Rio Grande do Sul, que deveria redundar em ausência de repasses federais até a normalização da alocação de recursos na área da saúde.

Quanto às especificidades do CES/RS, os entrevistados referiram como problema recorrente o engessamento de sua composição. Situação que remonta à lei de criação do mesmo, quando as entidades que integram o conselho foram nomeadas. Ou seja, não permitindo renovação ou troca de entidades para nomear novos representantes sem que uma nova lei seja promulgada. Ademais, não foram mencionados outros fatores particulares.

Exceto peculiaridades, a situação do modelo de controle social na saúde, segundo a percepção dos entrevistados, é semelhante aos demais conselhos do país. Os problemas relatados na literatura são semelhantes ao apontado pelos entrevistados quanto à atual situação

do CES/RS e são coerentes com as questões descritas anteriormente, principalmente quanto aos pontos negativos apontados na 4ª questão.

Autores como Szwako (2012), ao observar Instituições Participativas (IPs) tais como os conselhos, indaga-se em que medida elas efetivamente contribuem para o controle social.

“Há uma significativa queda na credibilidade dos conselhos e em sua capacidade de trazer ganhos à sociedade civil no sentido da implementação de suas demandas ou mesmo na geração de canais comunicantes mais democráticos entre Estado e sociedade civil (...) maturidade do debate sobre as chamadas instituições participativas apontou seus limites como propiciadores de uma alternativa à democracia representativa” (SZWAKO, 2012, p.16).

Em entrevista para a Revista Carta Capital (2013), Avritzer relacionou as manifestações ocorridas em todo o Brasil no ano de 2013 com a crise de representatividade em que se está imerso.

“Encontro-me entre os que acreditam existir fortes avanços na inclusão social e na participação no Brasil nos últimos anos (...). Ao mesmo tempo, as conferências nacionais do governo Lula, continuadas pelo atual governo, envolveram quase 6 milhões de pessoas e criaram um canal real de comunicação entre a sociedade civil e o Estado (...). Mas estas políticas ou se esgotaram ou alcançaram um patamar de estabilidade desde 2010” (AVRITZER, 2013, p.17).

Embora este mesmo autor já tenha escrito sob uma percepção positiva dos conselhos de saúde como meio de controle social, textos mais recentes apontam para o esgotamento de tais ferramentas de democracia participativa.

Se inicialmente as várias instâncias de participação social, tais como os conselhos, foram uma conquista para a democracia no Brasil e passaram a representar a oportunidade de toda a população ser incluída nos processos decisórios, com o passar do tempo tais órgãos vêm sendo questionados por diferentes autores quanto à sua efetividade para o controle social e enquanto instituições que mantêm a reprodução de desigualdades. Neste sentido Alencar (2013), citando Avritzer (2002), argumenta:

“Se, por um lado, os primeiros argumentos apontavam as instituições participativas, dentre as quais destacamos os conselhos como elementos de potencial inclusão e redução das desigualdades políticas, ao promover o acesso aos processos decisórios por parte de atores tradicionalmente excluídos do processo político a atual orientação analítica tem, por outro lado, apresentado um conjunto de argumentos que apontam a reprodução de desigualdades no interior das instituições participativas como um problema de legitimidade e efetividade destes espaços” (ALENCAR, 2013, p.117).

Somando-se à complexidade ao se adentrar neste campo, deve-se considerar que apenas recentemente a literatura acadêmica tem se dedicado a discutir o quanto instituições

participativas podem ser consideradas realmente efetivas, ou seja, quais os resultados produzidos por conselhos, conferências, orçamento participativo, audiências públicas e demais canais (CAMPOS, 2011).

Embora estudos recentes reconheçam os limites ao se tratar deste campo que envolve uma multiplicidade de relações e de interações de poder, autores como Coelho (2011) ousam apontar algumas conclusões de ordem mais geral para sinalizar quais os fatores que podem influenciar o êxito de mecanismos participativos: gestores públicos comprometidos, cidadãos mobilizados e procedimentos organizacionais inovadores.

Neste contexto, dois pontos devem ser considerados. O primeiro, a percepção negativa (explicitado nas falas de por U1, U2 e P1) quanto ao posicionamento político-ideológico por parte dos conselheiros. Os conselhos são espaços de disputa de poder no qual o enfrentamento político é constante e é parte inerente ao processo. Assim, uma abordagem fundamentalmente tecnicista do problema não se adequaria a esta esfera de representação da sociedade civil organizada. Violin (2006) já havia problematizado tal fato na sociedade brasileira ao identificar um desconhecimento de que a sociedade civil é uma arena de lutas de classes.

O segundo ponto diz respeito à proposição de transformar os conselhos de saúde em órgãos autônomos, tais como autarquias. Sendo tal hipótese considerada, se incorreria em uma maior formalização dos conselhos à estruturação formal do governo. E, se por um lado até poderia ganhar maior autonomia por dotação orçamentária própria, haveria um aumento dos processos formais (burocratização) e atrelamento a todo um arcabouço jurídico que poderia inviabilizar os conselhos como canais de controle e participação social nos quais a sociedade civil organizada pode reivindicar demandas e fiscalizar o Estado.

A origem da palavra autarquia ("autárkeia", do grego) remete a poder absoluto, no qual o Estado tem total autonomia sobre si próprio e é autossuficiente. Portanto, seria uma potencial incoerência considerar tal estrutura como um meio de participação da sociedade civil.

Importante mencionar ainda, a percepção de que a maior problematização do modelo de conselhos para o controle social na saúde, segundo os conselheiros entrevistados, residiu em questões técnicas/burocráticas do órgão quando, na verdade, esperava-se que a discussão estivesse focada na preocupação com a participação e controle social e com a adequação do modelo de conselhos de saúde ao momento atual do SUS. Mais ainda quando, no momento de

redação deste estudo, a discussão quanto a questões econômicas e políticas sociais se faz presente cotidianamente.

Autores como Mendes (2011) apontam que as políticas sociais e de fortalecimento da saúde pública brasileira são influenciadas negativamente pela lógica economicista do capitalismo:

“Apesar do avanço que significou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus efetivos resultados para a sociedade, ao longo de seus 22 anos de existência, o Brasil está longe de dedicar a mesma atenção à Saúde Pública que os demais países que detêm um sistema público e universal... as dificuldades que vimos sofrendo no Brasil, devido a uma relação de forças ainda desfavorável à ampliação do gasto social, em geral, e da saúde, em particular, não devemos ser defensivos diante da crise estrutural do sistema capitalista, no seu modo de funcionamento sob a dominância do capital financeiro” (MENDES, 2011, p.2348).

## 5. CONCLUSÃO

O marco que representa os ideais de um estado democrático no país e, por isso, a inserção da democracia participativa, é a Constituição Federal de 1988. No caso da saúde destaca-se a lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e a lei nº 8142/90 (dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS) como fundamentais para a legitimação das conferências e dos conselhos de saúde como instâncias de participação da sociedade civil na gestão do Sistema Único de Saúde.

Cabe aos conselhos de saúde, principalmente, a discussão dos relatórios de gestão, das diretrizes para a política de saúde e prestação de contas. Ainda, aprovar (ou não) os programas e ações que serão implantados. Ou seja, constitui-se em um órgão com relevante responsabilidade e poder. Embora a criação dos conselhos seja uma conquista democrática, ao passo que possibilitam à população controlar, fiscalizar e até propor políticas públicas, eles estão sendo questionados por diferentes autores enquanto meio de controle social na saúde.

Os achados desse estudo identificaram inúmeras fragilidades nos conselhos de saúde. Segundo a percepção dos conselheiros entrevistados e integrantes do CES/RS, semelhante aos relatos encontrados na literatura, são várias as dificuldades que os conselhos enfrentam enquanto órgãos de controle social, sendo que sua adequação como modelo de democracia participativa deva ser, ao menos, interrogada.

Por meio das sete entrevistas com os membros do CES/RS obtiveram-se as percepções, tanto positivas quanto negativas, do modelo de conselhos para o controle social na saúde. Ao se buscar identificar a adequação do conselho ao momento atual do Sistema Único de Saúde foi latente a necessidade de reformulação e/ou adequação do formato, uma vez que, pela percepção dos entrevistados, embora a proposta seja boa, não está sendo possível efetivá-lo integralmente.

Destaca-se a percepção como um modelo enfraquecido (G2) ou como um modelo que não está cumprindo integralmente suas atribuições (U1, T1), gerando alguma desmotivação e, no seu limite, inclusive esgotamento (U3). Apenas um entrevistado (P1) opõe-se à percepção da não adequação dos conselhos como meio satisfatório para o controle social na saúde no Brasil.

Quando questionados sobre os principais fatores positivos e negativos vinculados à efetivação do controle social destaca-se como pontos negativos referidos a fragilidade dos conselhos municipais (U1, G1, T1 e P1); a falta de renovação dos conselheiros (U3, G1, G2 e T1); a frágil representatividade (U3, G1, G2 e T1); os entraves de questões políticas partidárias (U1, U2 e P1); a falta de consciência por parte da sociedade civil (G1, G2 e T1); e, as reuniões com pautas questionáveis (U2, G1 e G2). Como pontos positivos, quase que por unanimidade, convencionou-se destacar a existência dos conselhos como uma conquista social.

Ao se buscar a existência de proposta alternativa à atual dos conselhos chegou-se à constatação do desconhecimento da existência de tais propostas pelos entrevistados, ainda que tenha sido percebida a necessidade de novo modelo (G1, G2 e T1) ou a manutenção com reformulação do atual (U1, U2, U3 e P1).

Quanto às perspectivas dos conselhos de saúde no Brasil, o atual presidente do Conselho Nacional de Saúde Ronald Ferreira, em entrevista divulgada no site da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, em 01/01/2016, projeta que para o próximo período se avance em questões estruturais e de articulação na rede de conselhos. Segundo ele, são mais de 5570 conselhos municipais, 27 conselhos estaduais e mais de 100 mil brasileiros envolvidos nas ações de controle social e comprometidos com o direito à saúde.

Ao se buscar a existência de proposta alternativa à atual dos conselhos chegou-se a constatação de que considerável parcela dos entrevistados desconhece a existência de tais propostas. Enquanto G1, G2 e T1 julgam necessário que haja um novo modelo, U1, U2, U3 e P1 defendem a permanência do modelo atual, contudo, salientam que haja melhorias.

Tendo em vista a complexidade de se tratar temas como controle social, gestão, saúde, democracia participativa e demais relações que envolvem políticas públicas, é desafiador propor alternativas ao controle social na saúde, ainda que necessário. Embora se tenha constatado um modelo com graves problemas, tais lacunas não configuram necessariamente a proposição de que o formato atual esteja esgotado. Novas pesquisas devem vir a acrescentar tal discussão.

Como encaminhamento para o desenvolvimento de trabalhos futuros, os achados apontam para a necessidade de recomposição no quadro de conselheiros, maior autonomia do órgão, fortalecimento dos conselhos municipais, aumento na confiabilidade deste meio como

um real canal de participação social para a satisfatória gestão do sistema público de saúde no país.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Joana. et al. Participação Social e Desigualdades nos Conselhos Nacionais. Porto Alegre: **Sociologias**, v. 15, n. 32, p. 112-146, jan./abr. 2013.

ALMEIDA, Manoel Guedes de; BARBOSA, Débora Regina Marques. Controle social no campo da saúde: considerações para debate. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, [S.l.], p. 71-76, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/199>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

AVRITZER, Leonardo. **Conferências Nacionais: ampliando e redefinindo os padrões de participação social no Brasil**. Texto para discussão 1739, IPEA, Brasília, 2012. v. 1, p. 7-24 Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. **Democracy and the Public Space in Latin America**. Princeton: Princeton University Press, 2002.

\_\_\_\_\_. **Experiências nacionais de participação social**. Belo Horizonte: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. O que as manifestações no Brasil nos dizem? **Carta Capital**, São Paulo, 19 de junho de 2013. Disponível em: <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/o-que-as-manifestacoes-no-brasil-nos-dizem-1313.html>. Acesso em: 11 jul. 2016.

BERCLAZ, Márcio Soares. **A Dimensão Político-Jurídica dos Conselhos Sociais no Brasil: uma leitura a partir da política da libertação e do pluralismo jurídico**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2014.

BICALHO, Milton dos Santos. Conselheiros de Saúde Construindo o Controle Social do SUS. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 10, 14, p. 149-154, dez-2003.

BOBBIO, Norberto. **O Conceito de Sociedade Civil**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Relatório de Atividades 2015**. Brasília, 2015.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção I, p. 18055- 60.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios.pdf>> Acesso em: 26 nov.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Plenárias nacionais de Conselhos de Saúde – Resgate Histórico do Controle Nacional do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Conselhos de Saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.

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

\_\_\_\_\_. Portal da Transparência. **Controladoria Geral da União**. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br/controlesocial>> Acesso em: 26 nov.2015.

\_\_\_\_\_. Portal da Transparência. **Conselhos Municipais e Controle Social**. Disponível em:<<http://www.portaldatransparencia.gov.br/controlesocial/ConselhosMunicipaiseControleSocial.asp>> Acesso em: 26 nov.2015.

\_\_\_\_\_. Portal da Transparência. **Participação e Controle Social**. Disponível em: <<http://www.transparencia.rs.gov.br/webpart/system/PaginaConteudo.aspx?x=ZYXjQ2BCmenSKCZe1QmT0X1yDexAuBsFqk1MVYBtoi%2BBT3cYIY5GrK26qpEcaUUv.html>>. Acesso em: 29 fev. 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. Gestão Democrática na Saúde: A Experiência dos Conselhos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro. *In: Anais do VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social* vol. III. Brasília: ABEPSS, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Um método para análise e cogestão de coletivos. **A constituição do sujeito a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

CAMPOS, Geraldo Adriano Godoy de. Participação e representação não avaliativas: a produção de significados nas experiências participativas. In: PIRES, R. R. C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: Ipea, 2011, v.7.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE / IBAM, 1995.

CARVALHO, Gilson. **Política Pública de Saúde: qual o rumo?** Rio de Janeiro: Cebes, 2011. 324p.

CHAUÍ, Marilena de Souza. **Convite à Filosofia**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1995.

CICONELLO, Alexandre. A participação social como processo de consolidação da democracia no Brasil. **From poverty to power: how active citizens and effective states can change the world**. Oxfam Internacional, 2008. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/03/A-Participacao-Social-como-processo-de-consolidacao-da-democracia-no-Brasil.pdf>

COELHO, Vera Schattan Ruas Pereira. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 78, p. 77-92, jul. 2007.

\_\_\_\_\_. Conexões entre Participação, Democracia e Desenvolvimento: investigação dos impactos políticos e distributivos da participação social. In: LAVALLE, A. (Org.). **O Horizonte da Política**. Questões emergentes e agendas de pesquisa. São Paulo: UNESP, 2012. p. 237- 259.

\_\_\_\_\_. Dilemas da Participação e Desenvolvimento Territorial. In: DAGNINO, E. e TATAGIBA, L. (orgs.). **Democracia, Sociedade Civil e Participação**. Chapecó-SC: Argos, 2007

\_\_\_\_\_. Uma metodologia para a análise comparativa de processos participativos: pluralidade, deliberação, redes e política de saúde. In: PIRES, R. R. C. (Org.). **Efetividade das instituições participativas no Brasil: estratégias de avaliação**. Brasília: IPEA, 2010. p.372.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Desafios para o Controle Social**: subsídios para a capacitação de conselheiros. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_\_. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CORTÊS, Soraya Maria Vargas. As Origens da Participação na Área da Saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 51, p. 30-37, 1996 (a).

\_\_\_\_\_. Construindo a Possibilidade da Participação dos Usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, n. 7, p. 18-49, 2002.

\_\_\_\_\_. **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. da Fiocruz. 2009

\_\_\_\_\_. **User Participation and Reform of the Brazilian Health System**: the case of Porto Alegre, 1995. Tese de Doutorado, Londres: Department of Social Policy and Administration, London School of Economics and Political Science.

COSTA, Nilson do Rosário et al. (Orgs.) **Demandas Populares e Políticas Públicas de Saúde**. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1989.

COTRIM, Gilberto. **Fundamentos da filosofia**: para uma geração consciente. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1987.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Gramsci: Um Estudo sobre o seu Pensamento Político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

\_\_\_\_\_. **Gramsci e a Sociedade Civil**. Disponível em: < <http://www.Gramsci.org/>> Acesso em 08 jan. 2016.

DAL POZ, Mario Roberto e PINHEIRO, Roseni. A Participação dos Usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e seus Determinantes. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 28 – 30, 1998.

GERSCHMAN, Silvia. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1670-1681, 2004.

GOHN, Marida da Glória. **O Protagonismo da Sociedade Civil: movimentos sociais, ONGS e redes solidárias**. São Paulo: Cortez, 2005.

GONÇALVES, Maria de Lourdes e ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. Construindo o controle social e a cidadania em uma experiência concreta: o conselho municipal de saúde (CMS) de Ribeirão Preto (SP). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 167-175, 2002.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. Vol. 3: Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

\_\_\_\_\_. **Maquiavel, a Política e o Estado Moderno**. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

GRINDLE, Merilee S. e THOMAS, John W. **Public choices and policy change: The political economy of reform in developing countries**. London: The Johns Hopkins University Press, 1991.

GUIZARDI, Francini Lube; PINHEIRO, Roseni. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 797-805, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais: perfil dos municípios brasileiros – Gestão Pública 2001**. Brasília: IBGE, 2003.

KRÜGER, T. R. **Os fundamentos ideo-políticos das Conferências Nacionais de Saúde**. Recife: PGSS/CCSA/UFPE, 2005.

LAVALLE, Adrián; VERA, Ernesto Isunza. A trama da crítica democrática: da participação à Representação e à Accountability. **Lua Nova**, São Paulo, n. 84, p. 353-364, 2011.

MACHADO, Francisco de Assis. Participação Social em Saúde. In: **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Ministério da Saúde, 1986.

MANNHEIM, K. **Sociologia Sistemática: uma introdução ao estudo de sociologia**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1971.

MEDEIROS, Richelly Barbosa de. Saúde e Gestão Democrática: Uma análise crítica sobre os Conselhos de Saúde. **RECIIS – R. Elet. De Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v4, n2, p. 9-14, jun, 2010.

MELLO, Leonel Itaussu. John Locke e o individualismo liberal. *In*: WEFFORT, Francisco Corrêa (Org.). **Os Clássicos da Política**: Maquiavel, Hobbes, Löcke, Montesquieu, Rousseau. 4 .ed., São Paulo: Ática, 1993. v1.

MENDES, Àquilas. Gestão pública e relação público-privado na Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2011, vol.16, n.4, p. 2347-2350.

NARVAI, Paulo Capel. Conferência Nacional de Saúde: Esgotamento e Crise. *In*: **5º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, 2011, São Paulo. CD de Anais. Rio de Janeiro: Abrasco, 2011.

OLIVEIRA Nelson Araujo de. A Oportunidade de um ano cheio de Acontecimentos: A saúde, as eleições e a Copa do Mundo. **Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania**. Disponível em: <<http://blogs.bvsalud.org/ds/2010/07/05/a-oportunidade-de-um-ano-cheio-de-acontecimentos-a-saude-as-eleicoes-e-a-copa-do-mundo>> Acesso em: 26 dez. 2015.

PACHECO, E. **Oficina de Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS**. Porto Alegre: Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007.

PEREIRA, Elisabete de Oliveira. **Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul: atores, conflitos e articulações - 1999 a 2002**. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2006.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera Pública e os Conselhos de Assistência Social**: caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.

RIO GRANDE DO SUL. Lei estadual n. 10.097, de 31 de janeiro de 1994. Cria o Conselho Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e estabelece outras providências.

RIOS, J. A. Participação. *In*: Silva, B. (organizadora geral). **Dicionário de Ciências Sociais**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1987, p. 869-70.

SANTOS, Luiz Alberto. **Agencificação, Publicização, Contratualização e Controle Social**: possibilidades no âmbito da Reforma do Aparelho do Estado. Brasília: DIAP, 2000.

SILVA, Bárbara Virgínia Groff da. **O Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul no contexto de institucionalização e implantação do SUS (1988-1993)**. Porto Alegre: LUME, 2012.

SILVA, Claudio et al. A participação da sociedade civil na democratização do setor de saúde no Brasil. **Rev. bras. educ. méd**, v. 37, n. 2, p. 254-259, 2013.

SZWAKO, Jose. Participar vale a pena, mas...: a democracia participativa brasileira vista pelas lentes da utopia. *In*: Novas Lentes sobre a Participação: utopias, agendas e desafios. **Revista Pólis**. n. 52, p.13-19, 2012.

TONET, Ivo. Sobre o conceito de Sociedade Civil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 32, p. 11-17, 1990.

UGALDE, Antonio. Ideological dimensions of community participation in Latin America health programs. **Social Science and Medicine**, n.1, p.41-53, 1985.

VALLA, Victor Vincent. Comentários a “Conselhos Municipais de Saúde: A Possibilidade dos Usuários Participarem e os Determinantes da Participação”. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 31-32, 1998.

VIANNA, M.L.T.W.; CAVALCANTI, M.L.; CABRAL, M.P. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, Porto Alegre, n. 21, p. 218-251, jun. 2009.

VIOLIN, Tarso Cabral. A sociedade civil e o Estado ampliado por Antonio Gramsci. **Revista Eletrônica do Cejur**, v. 1, n. 1, ago.-dez. 2006.

## ANEXO 1

**Quadro resumo das principais características da 1ª a 14ª Conferência Nacional de Saúde.**

CNS	ANO	TEMA	COMENTÁRIO
1ª	1941	Situação sanitária e assistencial dos estados.	
2ª	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.	*Seus Anais não foram publicados na íntegra.
3ª	1963	Descentralização na área de Saúde.	*Considerada a conferência mais politizada antes do SUS.
4ª	1967	Recursos humanos para as atividades em saúde	*Única conferência com tema específico: recursos humanos.
5ª	1975	I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de Saúde Materno-Infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de Controle das Grandes Endemias; V. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.	*Legitimou a dicotomia da atenção à saúde no país; *Levou a saúde às populações marginalizadas.
6ª	1977	I. Situação atual do controle das grandes endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde; IV. Política Nacional de Saúde.	
7ª	1980	Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos.	*1ª conferência centrada na atenção básica.
8ª	1986	I. Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; III. Financiamento Setorial.	*Marco histórico-conceitual do sistema de saúde brasileiro; *Parte do movimento da reforma sanitária; *Inserção da sociedade civil nos processos de formação das políticas de saúde.
9ª	1992	Municipalização é o caminho.	*Palco de fortes manifestações pela insatisfação social das medidas antipopulares do governo Collor; *Apelo ao cumprimento das Leis Orgânicas da Saúde e ao fortalecimento da descentralização e do controle social.
10ª	1996	I. - Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde; VI. Atenção integral à saúde.	*Enfrentamento de grave restrição orçamentária no SUS; *Exigência para que o governo respeitasse o caráter deliberativo das conferências; *Nítido desejo pela reafirmação do SUS; *Protesto contra a política neoliberal do então presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC).
11ª	2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.	*Trouxe a crítica ao governo FHC por este privilegiar a lógica econômica em detrimento das políticas sociais
12ª	2003	Saúde: um direito de todos e um dever do Estado.	*Discutiu-se as propostas que orientariam a formulação do Plano Nacional de Saúde do novo governo. *Desejo de que ela se tornasse um marco para as políticas de saúde como foi a 8ª conferência.
13ª	2007	Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento	
14ª	2011	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social	

**Fonte: Elaborado pela autora com base em dados do Conselho de Saúde (BRASIL, s.d.)**

## ANEXO 2



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
Centro de Documentação e Informação

### **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

#### **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

#### **DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

#### **TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.  *(“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 12.864, de 24/9/2013)*

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

## TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar.

### CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

- I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;
- III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:

- I - a execução de ações:
    - a) de vigilância sanitária;
    - b) de vigilância epidemiológica;
    - c) de saúde do trabalhador; e
    - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
  - II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
  - III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
  - IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
  - V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
  - VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
  - VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
  - VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
  - IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
  - X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
  - XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.
- § 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio

ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
  - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
  - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

### CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde - SUS é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

- I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;
- II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e
- III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos dispõem sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde - SUS, poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (VETADO).

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Art. 14-A. As Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados. [Artigo acrescido pela Lei nº 12.466, de 24/8/2011](#)

Art. 14-B. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) são reconhecidos como entidades

representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde e declarados de utilidade pública e de relevante função social, na forma do regulamento.

§ 1º O Conass e o Conasems receberão recursos do orçamento geral da União por meio do Fundo Nacional de Saúde, para auxiliar no custeio de suas despesas institucionais, podendo ainda celebrar convênios com a União.

§ 2º Os Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) são reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.466, de 24/8/2011\)\*](#)

## CAPÍTULO IV DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

### Seção I Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## **Seção II Da Competência**

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde - SUS compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde - SUS;

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema de Saúde - SUS compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

#### CAPÍTULO V DO SUBSISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA *(Capítulo acrescido pela Lei nº 9.836 de 23/9/1999)*

Art. 19-A. As ações e serviços de saúde voltados para o atendimento das populações indígenas, em todo o território nacional, coletiva ou individualmente, obedecerão ao disposto nesta Lei. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-B. É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do Sistema Único de Saúde - SUS, criado e definido por esta Lei, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, com o qual funcionará em perfeita integração. *(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999)*

Art. 19-C. Caberá à União, com seus recursos próprios, financiar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-D. O SUS promoverá a articulação do Subsistema instituído por esta Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena do País. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-E. Os Estados, Municípios, outras instituições governamentais e não-governamentais poderão atuar complementarmente no custeio e execução das ações. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-F. Dever-se-á obrigatoriamente levar em consideração a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global, contemplando os aspectos de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser, como o SUS, descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º O Subsistema de que trata o *caput* deste artigo terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

§ 2º O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, devendo, para isso, ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações.

§ 3º As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

Art. 19-H. As populações indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 9.836, de 23/9/1999\)](#)

## CAPÍTULO VI

### DO SUBSISTEMA DE ATENDIMENTO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR

[\(Capítulo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002\)](#)

Art. 19-I. São estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar.

§ 1º Na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

§ 2º O atendimento e a internação domiciliares serão realizados por equipes multidisciplinares que atuarão nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora.

§ 3º O atendimento e a internação domiciliares só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 10.424, de 15/4/2002\)](#)

CAPÍTULO VII  
DO SUBSISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DURANTE O  
TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO  
[\(Capítulo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

Art. 19-J. Os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. [\(“Caput” do artigo artigo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

§ 1º O acompanhante de que trata o *caput* deste artigo será indicado pela parturiente. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

§ 2º As ações destinadas a viabilizar o pleno exercício dos direitos de que trata este artigo constarão do regulamento da lei, a ser elaborado pelo órgão competente do Poder Executivo. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

§ 3º Ficam os hospitais de todo o País obrigados a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito estabelecido no *caput* deste artigo. [\(Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.895, de 18/12/2013\)](#)

Art. 19-L [\(VETADO na Lei nº 11.108, de 7/4/2005\)](#)

CAPÍTULO VIII  
DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO  
DE TECNOLOGIA EM SAÚDE  
[\(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea *d* do inciso I do art. 6º consiste em:

I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P;

II - oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde - SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-N. Para os efeitos do disposto no art. 19-M, são adotadas as seguintes definições:

I - produtos de interesse para a saúde: órteses, próteses, bolsas coletoras e equipamentos médicos;

II - protocolo clínico e diretriz terapêutica: documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravamento à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-O. Os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas deverão estabelecer os medicamentos ou produtos necessários nas diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de que tratam, bem como aqueles indicados em casos de perda de eficácia e de surgimento de intolerância ou reação adversa relevante, provocadas pelo medicamento, produto ou procedimento de primeira escolha.

Parágrafo único. Em qualquer caso, os medicamentos ou produtos de que trata o *caput* deste artigo serão aqueles avaliados quanto à sua eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade para as diferentes fases evolutivas da doença ou do agravamento à saúde de que trata o protocolo. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-P. Na falta de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, a dispensação será realizada:

I - com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS, observadas as competências estabelecidas nesta Lei, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite;

II - no âmbito de cada Estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite;

III - no âmbito de cada Município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS, e a responsabilidade pelo fornecimento será pactuada no Conselho Municipal de Saúde. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-Q. A incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica, são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS.

§ 1º A Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, cuja composição e regimento são definidos em regulamento, contará com a participação de 1 (um) representante indicado pelo Conselho Nacional de Saúde e de 1 (um) representante, especialista na área, indicado pelo Conselho Federal de Medicina.

§ 2º O relatório da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS levará em consideração, necessariamente:

I - as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança do medicamento, produto ou procedimento objeto do processo, acatadas pelo órgão competente para o registro ou a autorização de uso;

II - a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas, inclusive no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial

ou hospitalar, quando cabível. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-R. A incorporação, a exclusão e a alteração a que se refere o art. 19-Q serão efetuadas mediante a instauração de processo administrativo, a ser concluído em prazo não superior a 180 (cento e oitenta) dias, contado da data em que foi protocolado o pedido, admitida a sua prorrogação por 90 (noventa) dias corridos, quando as circunstâncias exigirem.

§ 1º O processo de que trata o *caput* deste artigo observará, no que couber, o disposto na Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999, e as seguintes determinações especiais:

I - apresentação pelo interessado dos documentos e, se cabível, das amostras de produtos, na forma do regulamento, com informações necessárias para o atendimento do disposto no § 2º do art. 19-Q;

II - (VETADO);

III - realização de consulta pública que inclua a divulgação do parecer emitido pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS;

IV - realização de audiência pública, antes da tomada de decisão, se a relevância da matéria justificar o evento.

§ 2º ( VETADO). [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-S. [\(VETADO na Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS:

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. [\(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação\)](#)

### TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

#### CAPÍTULO I DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde - SUS quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos: *(“Caput” do artigo com redação dada pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015)*

I - doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos; *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015)*

II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar; *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015)*

III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015)*

IV - demais casos previstos em legislação específica. *(Inciso acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015)*

## CAPÍTULO II DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde - SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (VETADO).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde - SUS.

#### TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (VETADO)

III - (VETADO)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde - SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (VETADO).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

#### TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

##### CAPÍTULO I DOS RECURSOS

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde - SUS de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (VETADO)

II - Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde - SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde - SUS, serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação - SFH.

§ 4º (VETADO).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (VETADO).

## CAPÍTULO II DA GESTÃO FINANCEIRA

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (VETADO).

§ 3º (VETADO).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde - FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

- I - perfil demográfico da região;
- II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
- IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
- VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º *(Revogado pela Lei Complementar nº 141, de 13/1/2012)*

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

### CAPÍTULO III DO PLANEJAMENTO E DO ORÇAMENTO

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde - SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde - SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

## DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 39. (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde - SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (VETADO).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (VETADO).

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde - SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (VETADO).

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (VETADO).

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde - SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. O Sistema Único de Saúde - SUS, estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde - SUS, organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (VETADO).

Art. 49. (VETADO).

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 51. (VETADO).

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (VETADO).

Art. 53-A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros. [\*\(Artigo acrescido pela Lei nº 13.097, de 19/1/2015\)\*](#)

Art. 54. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº. 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº. 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR  
Alceni Guerra

## ANEXO 3

Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.

**Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

**LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990.**

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

- I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;
- II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;
- III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;
- IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo. (Vide Lei nº 8.080, de 1990)

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I - Fundo de Saúde;
- II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;
- III - plano de saúde;
- IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;
- V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;
- VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR  
*Alceni Guerra*

## ANEXO 4

Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011

**Presidência da República  
Casa Civil  
Subchefia para Assuntos Jurídicos**

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA**, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990,

**DECRETA:**

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Seção I

Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

*Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:*

*I - atenção primária;*

*II - urgência e emergência;*

*III - atenção psicossocial;*

*IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e*

*V - vigilância em saúde.*

*Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.*

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

*Parágrafo único.* Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

*I - seus limites geográficos;*

*II - população usuária das ações e serviços;*

*III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e*

*IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.*

#### Seção II

##### Da Hierarquização

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

*Parágrafo único.* Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

*Parágrafo único.* A população indígena contará com regimentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

*Parágrafo único.* As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

#### CAPÍTULO III

##### DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o **caput** será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

#### CAPÍTULO IV

##### DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

#### Seção I

##### Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

#### Seção II

##### Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

#### CAPÍTULO V

##### DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

#### Seção I

##### Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

## **Seção II**

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

## **CAPÍTULO VI**

### **DAS DISPOSIÇÕES FINAIS**

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 1990;

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Art. 43. A primeira RENAMES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA ROUSSEFF  
*Alexandre Rocha Santos Padilha*