

ano 1, número 2  
outubro, novembro e dezembro de 2011  
[www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)

# consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE



**AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE  
E A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE:  
UTOPIA OU REALIDADE?**

# consensus

REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Ano I | Número 2 | Outubro, Novembro e Dezembro de 2011



INTERVENÇÃO DE ANDRÉ PERSECHINI SOBRE  
LOGOTIPO DA 14.<sup>a</sup> CONFERÊNCIA NACIONAL  
DE SAÚDE

6

## consensus entrevista

*Nesta edição especial, Nelson Rodrigues dos Santos e Sônia Fleury falam sobre as Conferências e os Conselhos de Saúde, além de analisarem crítica e historicamente a participação da sociedade nesses fóruns de representação*

20

## matéria de capa

*O que de fato é controle social? Como se dá esse processo nos Conselhos de Saúde? Como é a participação da sociedade nesses espaços? A **Revista Consensus** percorreu algumas Conferências de Saúde a fim de ouvir de seus participantes as respostas para essas perguntas. Também nesta matéria, as propostas do CONASS para a 14.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde*

## 27 opinião

*Ação comunicativa, democracia e conferências de saúde, nos pontos de vista de Julio Strubing Müller Neto e de Elizabeth Artmann*

## 32 opinião

*As Conferências Nacionais de Saúde e seu impacto no SUS, por Paulo Henrique de Almeida Rodrigues*

## 36 saúde em foco

*Continua a luta pela recomposição do orçamento do SUS. Senadores devem se manifestar em relação à vinculação de 10% da receita corrente bruta da União para o setor*

## 38 curtas



**E**stamos vivenciando um momento ímpar no qual o Sistema Único de Saúde é colocado em evidência em toda a mídia, o que demonstra a importância e o peso da participação da sociedade em sua defesa e fortalecimento. Em tempos de informações compartilhadas a todo instante por milhares de pessoas, essa exposição do SUS, mesmo que aconteça em circunstâncias negativas, vem muito a calhar, pois é fato que boa parte dos cidadãos brasileiros desconheça e, não por acaso, questione a estrutura, o funcionamento, a administração e os serviços ofertados pelo Sistema.

Uma importante peculiaridade do SUS brasileiro é que ele carrega o título de único sistema de saúde público do mundo a ser ofertado de maneira integral e universal em um país com mais de 100 milhões de habitantes. Esse dado não ressalta apenas a complexidade do sistema, como também a necessidade de se discutir os próximos passos a serem dados rumo à sua evolução.

Sabemos que é imensurável o valor da informação e do conhecimento dos cidadãos no que concerne às políticas públicas de seu país, principalmente no Brasil, com suas dimensões territoriais e tamanha diversidade. Em um país que tem como passado muito recente a luta pela liberdade e pela democracia, é possível mensurar este valor quando ele se torna combustível para a reivindicação embasada e coerente dos direitos conquistados nesta luta, como por exemplo, o direito à saúde.

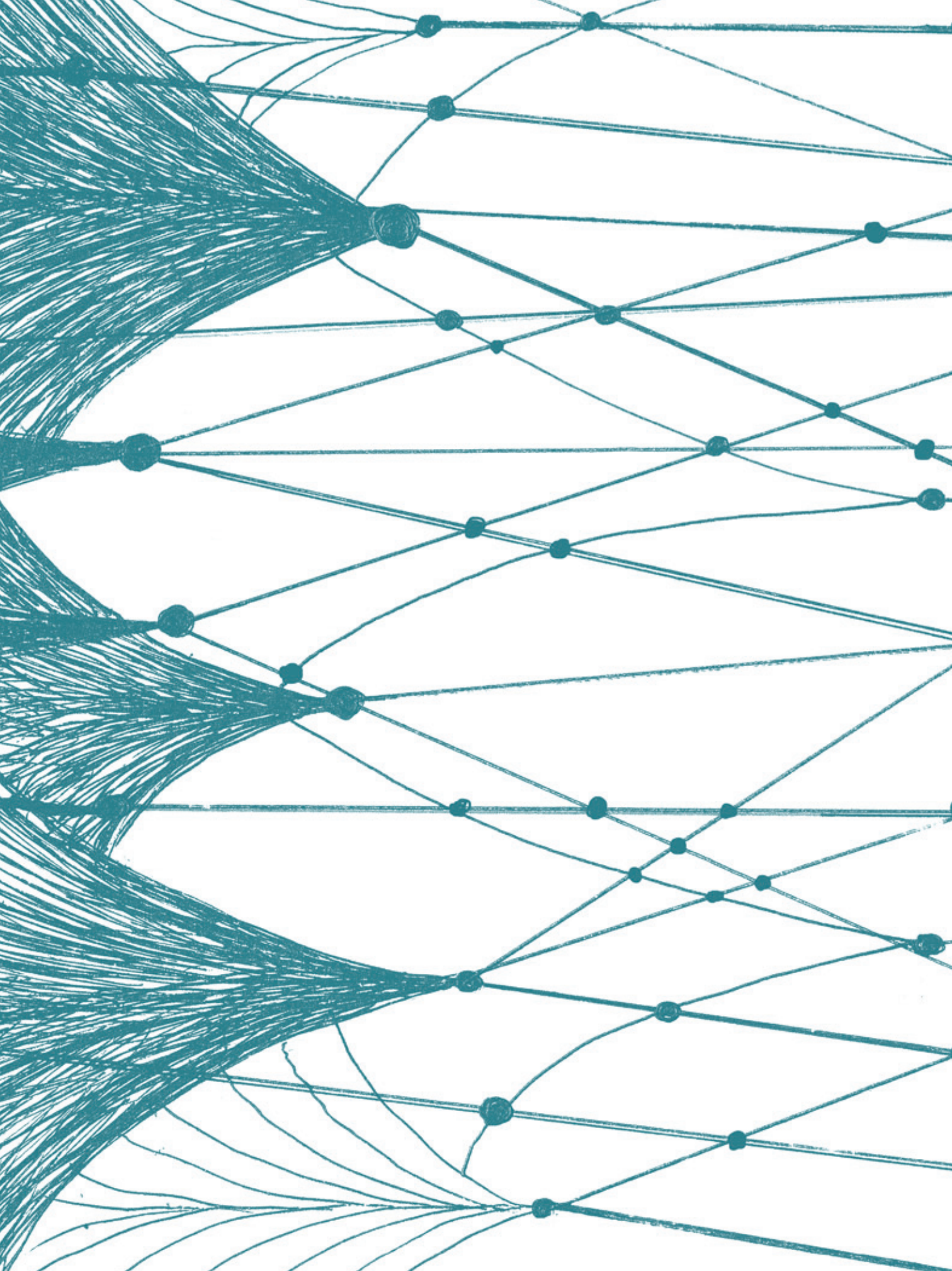
A 14.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (CNS) acompanha este movimento positivo em torno do SUS. Durante o encontro, estas reivindicações ganham espaço e atenção, garantindo à sociedade a continuidade da conquista social pelo direito de se manifestar em relação ao sistema de saúde do seu país. O SUS que, ao longo de seus vinte e poucos anos vem sendo consolidado com outra característica que lhe é peculiar: a participação da sociedade, questionada em relação às suas percepções e experiências acerca do sistema.

Neste aspecto, o tema “Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro” não podia ser mais oportuno para a 14.<sup>a</sup> CNS. Para debater-lo, assim como a participação social em um contexto mais amplo, a *Revista Consensus* convidou Nelson Rodrigues dos Santos e Sônia Fleury, que discorreram a respeito do assunto com a propriedade de quem conhece bem os aspectos históricos, teóricos e práticos do sistema público de saúde brasileiro.

Eles destacaram o envolvimento da sociedade na garantia do acesso, do acolhimento com qualidade e da ampliação do atendimento no SUS como exercício da democracia participativa e também como oportunidade de contribuir com seu país, ao poder avaliar a qualidade do serviço e ditar as melhorias que se façam necessárias. Falaram ainda da importância da análise da conjuntura política por parte dos participantes da conferência e de toda a sociedade, utilizando-a como subsídio para a definição de melhores estratégias para que essa participação ocorra de fato e nos aspectos mais importantes.

A discussão em torno do financiamento do setor saúde no país, também em evidência, foi pautada durante o debate acima mencionado e em matéria específica desta Revista. Depois de votada a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29, pela Câmara dos Deputados, a decisão de aumentar os recursos destinados à saúde passa para as mãos dos senadores da República, que devem se manifestar em votação pela vinculação de 10% da receita corrente bruta da União para a saúde pública brasileira. Vale lembrar que a luta por essa regulamentação completa 11 anos, tempo em que o SUS e a população brasileira vem sendo privados de melhorias no sistema que representam, por sua vez, mais qualidade de vida e mais dignidade para a população brasileira.

Boa leitura!



## ENTREVISTA

# *Sônia Fleury e Nelson Rodrigues dos Santos*

No dia 18 de outubro, recebemos em nossa sede em Brasília, duas grandes personalidades para um “Consensus Entrevista”: Nelson Rodrigues dos Santos, presidente do Instituto de Direito Sanitário (Idisa), e Sônia Fleury, doutora em Ciência Política pelo Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro (Iuperj).

Nas próximas páginas constam o resultado de aproximadamente duas horas de um debate intenso sobre as Conferências e os Conselhos de Saúde, além de uma análise crítica e histórica sobre a participação da sociedade nesses fóruns de representação.





**Consensus:** Qual a viabilidade do controle social nesse modelo de gestão da política pública e das políticas sociais no país e, entre a utopia e a realidade, como se configurou a participação da sociedade nesse período pós-8.<sup>a</sup> Conferência, até agora?

**Sônia:** Aquela Conferência (a 8.<sup>a</sup>) representou uma ruptura como modelo de Conferência e um modelo de relação do Estado e sociedade, era um rompimento total, abriam-se as portas para a sociedade participar, e isso foi feito por meio de um processo que era muito caro a todos nós naquele momento: fazer análise de conjuntura. Entender a política, a correlação de forças e, dentro da correlação de forças, o que era viável e quem deveriam ser nossos aliados e inimigos. Acho que esse instrumento que vinha das militâncias clandestinas, que vinha em todas as outras formas de organização foi muito importante para se saber dar o passo certo no momento apropriado. A 8.<sup>a</sup> CNS foi isso, um novo modelo de relação Estado/Sociedade que hoje está em todas as outras áreas. Esse formato do Pacto Federativo, das tripartites, das bipartites, foram mudados pela área de saúde; então, o projeto da saúde naquele momento transcendeu muito o setorial, ele reinaugurou o que há de moderno e novo no federalismo brasileiro. Por que estou fazendo essa introdução? Porque acho que nós ao longo desses anos fomos perdendo esse instrumento fundamental na análise de conjuntura e talvez devêssemos voltar a pensar sobre isso para saber qual o passo apropriado. E nós perdemos isso, não porque acho que as pessoas foram sempre do governo, porque acho que sempre fomos, em posições diferentes, fomos companheiros que estivemos no debate político, mas nos foi atribuída uma função muito dura, a de administrar a precariedade. E nós passamos a ser os administradores da precariedade que era o SUS durante todos esses anos. Honrosamente, fazendo das tripas coração para melhorar,

porque naquele momento em que se construía um sistema único era um momento de hegemonia do pensamento liberal, o Brasil dependente dos organismos internacionais que recomendavam claramente acabar com esse Sistema, assim como acabar com os benefícios previdenciários, assim como acabar com toda a seguridade social e fazer políticas focalizadas para os pobres e tudo o mais. Era um momento de defesa fundamental desses princípios, mesmo que nós tivéssemos de assumir esse doloroso papel de administrar

*Hoje, eu me pergunto quem é contra o SUS, acho que ninguém é contra. Todos os interesses privados estão instalados no SUS, estão se beneficiando da existência do SUS, então talvez seja hora de se tirar o véu e mostrar que o rei está nu.*

*Sônia Fleury*

alguma coisa que estava muito além do que nós queríamos e que era muito precário para a população. Eu me pergunto se nós hoje olhássemos a correlação de força se ela não seria absolutamente distinta. Naquela época nós éramos defensores de um sistema público, da criação do sistema único, da unificação da previdência com Ministério da Saúde, da



centralização, da participação e havia um setor privado que era absolutamente contrário e se opôs a nós na Constituinte e nós conseguimos levar e ficamos mantendo. Hoje, eu me pergunto quem é contra o SUS, acho que ninguém é contra. Todos os interesses privados estão instalados no SUS, estão se beneficiando da existência do SUS, então talvez seja hora de se tirar o véu e mostrar que o rei está nu. Li recentemente um artigo no jornal *O Globo* em que se afirmava que o SUS nasceu público, mas nunca foi estatal, porque ele sempre dependeu da área privada. Eu defendia essa interrelação entre a área pública e a privada no SUS e me pergunto hoje a quem o SUS beneficia. Fundamentalmente, a lógica do SUS é dada pelo interesse público ou pelo interesse privado, e acho que essas são as questões que temos de discutir.

**Nelson:** Essa linha que a Sônia acabou de expor é uma linha base que nos norteia. Acho que o SUS nasceu estatal, o precursor é o Estado, só que o SUS não consegue ser público. Ele não é público sem conseguir ser Estado. Ele é Estado sem conseguir ser público. Mas eu queria também reforçar essa visão de que a participação da sociedade na saúde vem se dando historicamente antes de haver as Conferências e os Conselhos. Principalmente a partir da Lei n. 8142, de dezembro de 1990. A sociedade, na sua participação e na sua relação com o Estado, procurando sempre historicamente se apropriar dele e pressionar, em certos momentos, teve mais consciência dessa luta histórica. Em um desses momentos, essa luta se intensificou: em 1963 (na ocasião da 3.<sup>a</sup> CNS), depois de um período desenvolvimentista que aumentava a participação da sociedade na formulação de um Projeto Nacional de Desenvolvimento que culminou naquele ano, com as reformas de base, os métodos de Celso Furtado, a Frente Parlamentar Nacionalista, a UNE (União Nacional dos Estudantes), a antiga CGT (Confederação Geral

dos Trabalhadores), os segmentos das classes médias, dos trabalhadores urbanos e rurais, o mundo político, o Congresso Nacional na Frente Parlamentar Nacionalista.

Queria reforçar que a sociedade tem uma acumulação histórica com certo descolamento e autonomia de acontecimentos muito importantes que foram as Conferências e os Conselhos de Saúde. E a 8.<sup>a</sup> ocorreu no leito construído pela sociedade, na luta pela liberdade democrática para sair da ditadura. Então, na esteira dessa luta pela liberdade democrática, cresceu o Movimento da Reforma Sanitária, com formuladores muito competentes e inseridos no fim da ditadura e no começo da democratização do Estado brasileiro. A 8.<sup>a</sup> Conferência foi consequência de outra participação crescente da sociedade que, ao sair da ditadura, tentava projetar um novo Estado, na Assembleia Nacional Constituinte. A 8.<sup>a</sup>, de certa maneira, foi talvez mais uma consequência que uma causa principal e um começo de uma marcha.

**Consensus:** É hora de pensar em um novo modelo de Conferência que seja propositivo e tenha visão mais ampliada dos problemas do Brasil e possa colocar ali a oportunidade de pensar coletivamente uma solução para isso?

**Nelson:** A própria gestão foi pressionada pelo movimento da sociedade para dar conta da descentralização. Os municípios começaram a aumentar do jeito que podiam sua participação financeira pelo SUS. Os estados começaram também a aumentar essa participação sob pressão das ações integradas de saúde. Então, houve todo esse processo democrático e ele não era só para escrever e pressionar a Constituição Cidadã, na prática, ele já estava começando a acontecer. O modelo de atenção, que foi muito debatido na 8.<sup>a</sup> Conferência, com base na atenção básica universal e resolutiva, induzindo a organização do retrossis-

tema, de o setor de saúde divulgar, informar e se articular intersetorialmente sobre todos os determinantes sociais das doenças, mobilizando os demais setores para a qualidade de vida, em um esforço democrático, nem começou a acontecer muito bem. A atenção básica, 20 anos depois está delimitada, focalizada abaixo da linha da pobreza, a sua resolutividade não está apontando para subir, para chegar a 85%, 90%, e muito menos a atenção básica está apontada para vir a ser a porta de entrada preferencial.

*Devemos trazer para as Conferências essa realidade do país, a solidariedade com o usuário, porque isso também nos unificará, porque somos pessoas que lutamos contra essa desigualdade. Se ficarmos discutindo o funcionamento da instituição, a norma operacional, é como se as pessoas e seu sofrimento deixassem de existir, e eles não deixam de existir.*

*Sônia Fleury*

**Consensus:** Parece a nós que o movimento social apontou para a perspectiva de redução de desigualdade, e sua fala leva a pensar que pode ser que estejamos pensando por meio de uma proposta que não se realize plenamente, ou que se realize em outro sentido, provocando desigualdade também.

**Sônia:** A gente provoca desigualdade. Os repasses intergovernamentais têm valores (não só da saúde, em geral) *per capita* que são maiores para regiões mais ricas (mais para quem tem mais). O trabalho feito pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), intitulado *Relatório de Desigualdades Raciais*, revela que o SUS não tem dados muito interessantes. Os negros, e as mulheres negras particularmente, continuam tendo uma atenção muito pior e índices mais graves e maiores problemas, mesmo em situações em que há suposta transparência, como os transplantes. Por exemplo, a maior demanda de pessoas que vão a consultórios com problemas cardíacos é de mulheres e de negros, mas o maior número de transplantes, mais de 58%, é de homens e brancos. Há algo errado nisso. Devemos trazer para as Conferências essa realidade do país, a solidariedade com o usuário, porque isso também nos unificará, porque somos pessoas que lutamos contra essa desigualdade. Se ficarmos discutindo o funcionamento da instituição, a norma operacional, é como se as pessoas e seu sofrimento deixassem de existir, e eles não deixam de existir. Essa ação entra na questão do controle social que não dá conta de ser efetivo suficientemente para diminuir essas desigualdades. E não é só o controle dos Conselhos, por exemplo, que aprovam os orçamentos estaduais quando os estados estão burlando a Emenda Constitucional n. 29, colocando na área de saúde coisas que não são da área de saúde. Mas, se olharmos os instrumentos de controle que foram criados, quem tem o controle externo, além dos Conselhos, como os tribunais de

contas, por exemplo, também não é efetivo. Eles indicam que houve problema, mas os orçamentos são aprovados nas câmaras legislativas, e, se o prefeito ou o governador tem a maioria, são aprovados apesar da indicação do tribunal de contas de que está havendo problema. Precisamos fazer uma reforma política também, senão o mecanismo de controle não controla, ao contrário, há quem passe a burlar o sistema. Além desses mecanismos, o artigo 14 da Constituição Federal dá à população a possibilidade de legislar. Esse artigo 14, como vários outros, não foi regulamentado. As condições para se criar uma legislação popular são absolutamente restritivas. Temos como exemplo o projeto de lei Ficha Limpa, que surge da sociedade organizada, dos movimentos sociais. O presidente do Congresso disse que não tinha interesse em colocar em votação e o governo da época disse que também não tinha interesse em votar. O que o movimento social fez? Entulhou o Congresso com assinaturas e *e-mails* até o dia em que eles viram que seria em vão ir contra o movimento da sociedade. Hoje, apesar de todas as dificuldades, vários estados e municípios vêm assumindo o projeto de lei Ficha Limpa como uma norma. Isso é um avanço da sociedade muito importante.

**Nelson:** Na Caravana Nacional em Defesa do SUS, entre sete propostas que foram formuladas por consenso, das 23 reuniões regionais realizadas por estados, a proposta seis é pela flexibilização da Lei de Responsabilidade Fiscal, e a proposta sete é pela criação de uma Lei de Responsabilidade Sanitária. Não vamos esquecer que a Lei de Responsabilidade Fiscal de certo modo organizou as finanças públicas no Brasil, com o superávit primário que merece toda a crítica, sem dúvida, mas deu uma ordem nessa questão, e como isso se relaciona com a ideia da responsabilidade sanitária, da responsabilidade social e não apenas fiscal dos governos perante e à sociedade.

**Sônia:** É preciso ter responsabilidade fiscal, mas é preciso ter responsabilidade com o Estado brasileiro, é preciso que se repense esse Estado, qual o tamanho que ele necessariamente tem de ter e não ficar criando subterfúgios para poder manter uma lei. Não podemos ter três, quatro pessoas, fazendo a mesma coisa em saúde, cada um com um programa diferente, um benefício diferente, uma estabilidade diferente. Essa precarização do Estado influi enormemente no cuidado e não é um problema só de administração pública, é um problema de sofrimento da população. Fiz uma pesquisa recente em hospitais públicos sobre discriminação e ouvi entre usuários, profissionais e gestores uma mesma frase que me chocou enormemente: *“Ah, serviço público é assim mesmo”*. Se nós não acabarmos com essa cultura de banalização da precariedade – porque ela é o correspondente da banalização da injustiça –, o que acontece quando a gente diz que serviço público é assim mesmo? Aceita um padrão que é muito baixo e dá ao profissional um poder discricionário que a profissão dele não lhe deve dar, quando diz quem vai atender e quem vai deixar morrer. É dever do Estado atender igualmente a todos. A precarização leva à má gestão. A falta de recursos também leva à má gestão que leva à discriminação no atendimento. O Estado precisa ser forte e ter responsabilidade. Se não houver responsabilidade e responsabilização dentro do sistema, não adianta ter lei fiscal. O acesso ao setor público de saúde deve ser garantido; a partir dali, alguém tem de ser responsável por essa pessoa. O que identifiquei foi uma peregrinação como sofrimento, chamada na minha pesquisa de o contradireito à saúde. Pode haver na Constituição o direito à saúde, mas o contradireito funciona assim: o cidadão, ao tentar atendimento em um hospital, é informado de que não há médico e, por si mesmo, tem de procurar outro hospital, um terceiro, um quarto e um quinto, até achar



atendimento ou morrer. Isso é o contraditório, é a negação do direito à saúde.

**Consensus:** O Conselho Nacional de Saúde construiu um consenso em torno do tema da 14.<sup>a</sup> Conferência, *Acesso com qualidade*. Esse acesso com qualidade significa simplesmente atender ao usuário que procura o sistema ou lhe ofertar outras opções com mais qualidade e segurança?

**Nelson:** Quando digo que a atenção básica na média nacional não está programada para acontecer é porque há fatores concretos muito sérios acontecendo nesses 20 anos, a começar pelo financiamento. Trabalho recente de *Jairnilson Paim* revelou que, em 1981, quando nem ações integradas de saúde tínhamos, apenas o Inamps, como órgão do Estado financiou 75% das internações no Brasil. O financiamento federal de 1980 a 2010 caiu de 75% do total do financiamento público para 44%.

**Sônia:** E é até mesmo ilegal, porque a saúde e todos os direitos sociais fazem parte dos direitos humanos. O governo brasileiro é signatário da carta de El Salvador de direitos humanos, em que se diz que não pode haver regressividade. Caberia uma ação constitucional contra a União por regredir em sua participação em direitos humanos, na área de saúde e educação que foram as duas áreas desfinanciadas porque o gasto social subiu, mas nos sistemas universais houve redução da participação da União. A questão da qualidade é absolutamente crucial, ter parâmetro de qualidade, não sei se por meio de uma lei de responsabilidade sanitária. Por outro lado, a responsabilização por meio de uma lei pode levar a uma judicialização. O SUS precisa ter carreiras, precisa ter portas de entrada e responsabilidade a partir do momento em que o usuário entra no Sistema, mas acho que não temos nenhum parâmetro de qualidade no SUS, essa é que é a questão. Por que a educação pode dizer qual é a qualidade de cada

escola e não podemos dizer qual a qualidade de cada unidade de saúde e dar um prazo para dizer que se não melhorar, fecha? Fiz essa pergunta para dois ministros. Um deles me respondeu que não podia fazer isso porque estava descentralizado e não era responsabilidade do Ministério. O outro respondeu que a saúde é muito mais complexa que a educação. Não acredito em nenhuma das duas respostas. Acho que há omissão tanto do estado quanto do Governo Federal. Acho que se a responsabilidade da prestação do serviço é municipal, a definição dos parâmetros de qualidade não é apenas municipal, ela é do SUS que foi desenhada desde cima, então é estadual, federal, e municipal também. É preciso alguém avaliar de tempos em tempos o funcionamento das unidades de saúde e, se preciso for, fechá-las assim como a vigilância sanitária faz, caso não tenham resolutividade nenhuma. Acho que é preciso avançar na questão da qualidade concretamente, com exigência. Se houver esses parâmetros definidos, os Conselhos vão ter em que se basear para ter um controle, senão não controlam, ficam controlando orçamento, burocracia, mas o serviço, a qualidade, a finalística disso precisa ter parâmetros definidos. É preciso assumir quais são os parâmetros para que eles possam ser cobrados pela sociedade. Há ainda a questão do sistema privado cuja qualidade tem piorado. Hoje, para se conseguir fazer um exame pelo convênio, a espera é de três a quatro meses. Porque isso? Por que não tem para onde correr, porque no SUS também vai demorar, a qualidade é ainda pior. Quem dá o parâmetro de qualidade em todo o mundo é o sistema público. O sistema privado, por sua vez, tem sido subsidiado apenas com investimentos para a incorporação de tecnologias, e isso está sendo feito sem investimento na sua rede, o que gera uma tentativa de se reservarem leitos no SUS para o setor privado. Isso significa mais um avanço para se beneficiarem dos interesses privados

dentro do SUS. Acho que isso é uma luta que envolve a sociedade como um todo.

**Consensus:** Com o financiamento que tem, o SUS não é viável?

**Nelson:** Não, nem com o financiamento, nem como modo mercado nem com esse Estado que está aí que nem passou por reforma democrática. Esse Estado é um Estado paternalista, burocratizado e, como todos sabem, centralizado, quer dizer, é um Estado que está construindo outra política pública nesses 20 anos. A nossa política pública vitoriosa dos anos 1980 é subalterna e marginal hoje.

**Sônia:** Na verdade as políticas universais são as únicas que podem combater a desigualdade, e hoje conseguimos ter 90% dos alunos na escola. O resultado dos alunos brasileiros no Programa Internacional de Avaliação dos Estudantes (Pisa) é dos mais baixos do mundo, e nós temos resultados precaríssimos também na área de saúde. Então, há de cobrar dos governos que falam que vão fortalecer o SUS. O que isso quer dizer? Dentro do SUS, há um interesse público ou já está dentro dele um interesse privado? Em vez de combater o SUS como faziam na década da Constituição, querendo que ele não existisse, agora descobriram que quanto mais o SUS se expande mais dinheiro vem para eles, e isso está ótimo.

**Consensus:** Uma das análises do Pisa revelou que, para os padrões de ensino público brasileiro se igualarem aos do Chile no Pisa (44.º lugar), o Brasil que está em 54.º, precisaria dobrar o orçamento do Ministério da Educação.

**Sônia:** O modelo educacional chileno é equívoco, herdado de Pinochet, que fez um sistema dual, os ricos no mercado e os pobres, ou seja, a grande maioria da população, dentro do sistema público, o desenho do modelo já é segmentado. Nós fizemos o desenho do modelo correto, agora a condução feita lá foi colocar dinheiro para melhorar o sistema pú-

blico. Quando se coloca dinheiro para melhorar o sistema público, aquela classe média que paga por um plano de saúde volta para o setor público. A questão do direito tem a ver com qualidade, tem a ver com outra questão também que é a da responsabilização do Estado. O direito só existe quando existe a segurança da exigibilidade. O que não conseguimos no SUS foi dar às pessoas segurança de que serão atendidas quando precisarem. Isso não é direito; é o oposto do direito; é contradireito, como chamava o Michel Foucault. Então, essa ideia do direito não se concretiza, se não com financiamento, administração pública, sistema público e segurança de que pode ser exigido. Nós estamos longe disso.

**Nelson:** Vi algum tempo atrás umas avaliações da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Tratava-se de uma divisão de cooperação com nomes dos países mais desenvolvidos do mundo, do marco regulatório do sistema de saúde nesses países, sendo a maior parte deles europeia.

*Não precisamos satanizar os trabalhadores públicos e privados que foram para o plano privado nem a classe média, mas precisamos colocar como opção para essas pessoas o setor público. Essa proposta é a grande politização, trabalhar por dentro.*

*Nelson Rodrigues dos Santos*

Para minha surpresa, e em poucas linhas, estava exposto que o marco regulatório básico desses países é o sistema público dar certo. Eles não precisam correr atrás do prejuízo para controlar, regulamentar e proibir o privado. Essa é, para mim, uma das nossas bandeiras. Não precisamos satanizar os trabalhadores públicos e privados que foram para o plano privado nem a classe média, mas precisamos colocar como opção para essas pessoas o setor público. Essa proposta é a grande politização, trabalhar por dentro. Estamos falando muito do que está por trás das coisas, mas na frente das coisas pressupostamente uma das ações que deveriam ser efetivadas era implementar os Conselhos de Saúde e as Conferências. Eles foram criados para isso, e não para substituir a sociedade nos movimentos sociais como aconteceu antes das Conferências e dos Conselhos. Foram criados como algo a mais para disciplinar, incentivar e ajudar a democratizar a informação e mobilizar a sociedade. A maior atribuição das Conferências, e não por acaso também da Lei n. 8.142, era propor diretrizes para as políticas de saúde. Isso, pressupõe discussão muito extensa de inúmeras situações concretas acontecendo que vão sendo trabalhadas e afinadas para as diretrizes. As Conferências fizeram o percurso contrário nos últimos 20 anos. Elas foram abrindo cada vez mais o leque e trazendo centenas e centenas de micropleitos, o que não aconteceu por acaso. A culpa foi dos delegados, foi da sociedade? Acredito que foi um engendramento inteligente e muitas lideranças até radicais a favor da população trabalham sistematicamente com inteligência. Todos nós participamos de Conferências nacionais e estaduais, que trabalham para fazer um calhamaço de coisa e isso é uma dispersão que não muda nada nos valores da sociedade. A elite dominante que está interessada nisso sai satisfeitíssima no fim de uma Conferência com vários micropleitos. A reversão

desse processo da formação por etapas dos delegados para as Conferências, a começarem a apontar na formulação final de diretrizes para as políticas partindo dos micropleitos, é um desafio. Os Conselhos de Saúde também têm um desafio, porque por outro ângulo a função deles é outra. A primeira atribuição da Lei n. 8.142/1990 é atuar na formulação das estratégias. Naquele grande Simpósio Nacional de 1989, o ex-presidente José Sarney não queria mandar a proposta de projeto de lei orgânica para o Congresso Nacional. Foi muito rica, politizada e ampla a discussão a respeito do porquê tinha de ser a primeira atribuição dos Conselhos atuar na formulação da estratégia, porque se estava antevendo ali que o Poder Executivo, que tem a responsabilidade constitucional de formular estratégia, iria “puxar o tapete” do SUS. Então, já se colocou que a primeira atribuição dos Conselhos era fazer parte do Poder Executivo, pois são órgãos do controle social para o gestor enriquecer a participação da população na formação de estratégias. E por que os Conselhos nunca formularam estratégia? Excepcionalmente, um ou outro formulou. Os gestores formularam várias estratégias, principalmente nos seus órgãos colegiados, como, por exemplo, na comissão tripartite, e em várias comissões bipartites. Todas essas estratégias foram muito positivas, e formuladas com anuência, aprovação e discussão dos Conselhos de Saúde, mas o conjunto das estratégias favoráveis ao SUS acabou caindo praticamente de joelhos diante de outras estratégias formuladas para o SUS pelo Poder Executivo, pelo Ministério do Planejamento, pela Casa Civil e pelo Ministério da Fazenda. Foi feita a política de saúde do Executivo e isso explica essas estratégias majoritárias, como o desfinanciamento federal, o subsídio de recursos federais para os planos privados, o impedimento da reforma democrática do Estado.



**Consensus:** O financiamento está muito aquém da viabilidade do SUS como universal, integral e equitativo, mas é possível reverter isso em uma economia que cresce tanto como a do Brasil. Não haveria uma incoerência entre fortalecer a participação social e o controle social assistindo essa decadência das oportunidades que o sistema único oferece e o crescimento da economia com repasse cada vez menor de recursos para sustentar essa política pública? Há possibilidade, há esperanças de se reverter isso?

**Sônia:** Não quero ser pessimista em relação ao sistema democrático que construímos. Fiz uma pesquisa em 1996 com secretários municipais de saúde e repeti a mesma pesquisa em 2006 também com os secretários municipais. Os dados são extremamente interessantes nessa década, uma década difícil com todas essas restrições. A pesquisa tinha dois eixos, um era o perfil do gestor e o outro era a gestão. Tínhamos duas hipóteses em relação à saúde e à democracia. A saúde seria cada vez mais democrática, quanto mais o perfil espelhasse as diferenças e diversidades na sociedade. Assim, se eu pensar que os gestores serão todos homens, brancos, médicos, de 35 a 50 anos, filhos de médicos ou de fazendeiros, será uma sociedade oligárquica. Agora se eu encontrar outro tipo de gestor, posso dizer que o Brasil está democratizando essa esfera pública. É um padrão de renovação das elites políticas, porém conservador. O que quero dizer é que quanto maior a cidade, o município, quanto mais dinheiro, quanto mais poder tem, mais visibilidade política, mais conservador será o padrão. Nós pensaríamos que seria mais democrático, mas é justamente o contrário. Ali se vai encontrar esse perfil de gestor que eu falei. Já em cidades que têm menos poder, menos recursos, serão encontrados mulheres, enfermeiras, negros, assistentes sociais como gestores de saúde. É interessante que os ges-

tores também se conheçam e saibam o tanto que isso está democratizando o país. Essas pessoas vieram como liderança das Conferências, dos Conselhos, mas não atravessam certa barreira elitista que não dá para passar, o que é um dado interessante. Outro dado significativo é a importância que as instâncias de organização têm para os gestores, como os Cosems, o Conasems e o CONASS. Minha pesquisa era sobre o nível municipal, mas é extremamente importante para a formação desses gestores o papel desses órgãos. Temos de cobrar também desses órgãos e pensar qual a agenda política que deve ser discutida com esses gestores, porque a construção passa por aí. Hoje, CONASS, Conasems e Cosems são atores políticos importantes para sua base. Temos de cobrar e descer, ir para baixo, fazer política para baixo, com as nossas bases que são os secretários, as autoridades e os próprios Conselhos de Saúde e, então, fazer política para cima, para o governo brasileiro, porque, pelo fato de os sistemas serem universais, os governos não se apropriam politicamente deles, nem da saúde, nem da educação. E, por isso, ficamos naquele paradoxo de que temos política de Estado, mas não de governo e não somos prioridade nos governos. A presidente Dilma Rousseff não começou dizendo que daria preferência para a saúde? Mas dar preferência para saúde é o quê? Ao mesmo tempo em que ela fala que falta dinheiro, porque queria que se aprovasse um recurso novo, a Contribuição Social para Saúde (CSS), quer que, no mesmo momento, se aprove a Desvinculação das Receitas da União (DRU) até 2015, ou seja, quer tirar com uma mão e dar com a outra. Esse não é um compromisso de melhorar. Se ela disse que tem um compromisso, eu espero que tenha, mas o compromisso tem de se viabilizar em metas concretas de qual vai ser o aumento da participação do Governo Federal para melhorar a qualidade do serviço, para melhorar o atendimento.

*Os Conselhos, além de não estarem conseguindo atuar na primeira atribuição legal há 20 anos, não estão trazendo para seus representados o que é discutido. (...) Deveriam ser verdadeiros agitadores, no bom sentido. Quer dizer, deveriam ser mobilizadores, no mínimo, para democratizar e socializar as informações.*

*Nelson Rodrigues dos Santos*

**Nelson:** Quero fazer uma provocação em relação aos Conselhos. Tenho uma dúvida na minha cabeça que pode ser até idealista, mas os gestores das três esferas e os Conselhos das três esferas acumularam nesses 20 anos uma certa diferença, um estranhamento entre eles, por vários motivos. Faz 20 anos que não formulamos nenhuma estratégia hegemônica, só formulamos estratégias subalternas para “comer pelas beiradas”. Todas as estratégias que dão a linha básica da implementação da política pública constitucional vêm acima de nós. Será que não temos um jeito de unir esforços na gestão e no controle social, dirigindo a população para se mobilizar e fazer força contra essas estratégias hegemônicas que estão fazendo outra política pública de saúde? Os Conselhos, além de não estarem

conseguindo atuar na primeira atribuição legal há 20 anos, não estão trazendo para seus representados o que é discutido. Os conselheiros, com algumas exceções, não estão voltando para suas entidades representadas, trazendo o que estão aprendendo e evoluindo nessas reuniões mensais. Deveriam ser verdadeiros agitadores, no bom sentido. Quer dizer, deveriam ser mobilizadores, no mínimo, para democratizar e socializar as informações.

**Consensus:** Nos últimos anos, dentro dos Conselhos, gestores, representantes, usuários e trabalhadores acabaram buscando defender seus próprios interesses, gerando, em alguns momentos, uma disputa muito grande. O gestor acabou deixando de participar do Conselho porque era sempre o culpado de tudo. O diálogo em prol do bem comum também se perdeu. Como vocês acham que é possível alavancar uma retomada disso e fazer essa discussão com conselheiros, gestores, usuários e trabalhadores, na linha de discutir o bem comum e resgatar esse papel tão importante dos Conselhos? Além disso, falou-se aqui também que o SUS interessa a todos, até mesmo ao setor privado, desde que ele veja uma possibilidade de ganhar com isso, e que a política tem sido conduzida de um jeito “inteligente” para que o SUS não consiga avançar. Por que, então, as pessoas não defendem o SUS?

**Sônia:** Penso que a população não defende o SUS ou uma dada política. A gente pode reverter a pergunta e perguntar: por que o SUS não defende as pessoas? A relação do SUS com os movimentos sociais, que estão aí organizados, é baixa. Se eu leio, por exemplo, esse relatório de desigualdades raciais e vejo que há um retrato de desigualdades raciais que o SUS reproduz, diria que todo gestor deveria ler isso e discutir nos Conselhos e se aproximar dos movimentos de mulheres, negros e tudo o mais a fim de saber o porquê

dessas desigualdades. Nós reproduzimos essa estrutura social, somos parte disso! Nós é que temos de nos aproximar das pessoas e estar onde o povo está. Acho que a saúde naquele momento aproximou-se de todo o movimento da sociedade que era lutar contra aquele estilo, contra a ditadura. E aí incluímos a saúde, pois ninguém ia lutar contra a saúde sozinho. Agora, nós temos uma institucionalidade que foi esvaziada e está na constituição que é a ideia da seguridade social, com a qual nós também trabalhamos muito pouco.

**Nelson:** Essas perguntas finais nos unificam a todos por baixo e todos estamos em maré baixa para respondê-las. Nós somos contra-hegemônicos, subalternos... É o grande deslocamento entre o que é política de governo e política de Estado e nosso Estado é assumido historicamente quase que totalmente pela elite nacional. Sabemos que esse engendramento, não é de iniciativa individual de um iluminado da elite, mas é algo muito bem planejado: há intelectuais orgânicos, pesquisas sociais, econômicas, de opinião pública, domínio da mídia; são muito melhores que nós em governabilidade e, por isso, dominam. E essa elite dá para sugar nosso continente, nossa riqueza, e a subserviência da sociedade dá para limitar toda a elite. Essa elite colocou para nosso país a americanização desse lado brasileiro. Nem vejo como americanização, penso que estamos fazendo uma caricatura do sistema americano, uma caracterização do sistema americano e não temos o poder aquisitivo que eles têm, mas é perfeitamente o modelo americano. Para mim, existe uma dúvida. Se o modelo americano não é bom e não há no mundo um modelo para ser copiado, temos de ter uma saída e, para mim, o que resta é o que chamo genericamente de modelo europeu, o que sobrou da social-democracia europeia, do sistema universalista de proteção social e saúde. Hoje, não só na Europa, mas no Canadá e no outro lado do mundo como

na Austrália e na Nova Zelândia, os sistemas públicos são esses que a sociedade banca. A sociedade desses países é que banca! Quando há crises financeiras internacionais e quando se mexe na previdência e na saúde, há movimentos de rua da população.

**Consensus:** Vocês poderiam deixar uma mensagem para delegados, gestores, usuários, trabalhadores e sociedade em geral que estarão presentes na 14.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde?

**Sônia:** Minha mensagem é muito clara. Nós precisamos, de um lado, nos alinhar à população e ao seu sofrimento diante do SUS. Precisamos trazer isso como uma questão política, central do Sistema Único de Saúde. A população tem de ter o direito do SUS. E como isso se manifesta? Na segurança de ser atendido e ser atendido com alguma qualidade. Temos de transformar isso em prática e cobrar de todos, dos gestores, dos funcionários, das pessoas, do governo. Se abrímos mão dessa bandeira e achar que serviço público é assim mesmo, nós podemos entregar o bastão porque já desistimos. A luta é pelo direito na sua forma mais concreta: atender à pessoa no momento em que ela mais precisa, com garantia de que ela será atendida com condições. Agora, para conseguir isso, precisamos ter outra correlação de forças, que passa por se pensar questões mais amplas que a própria saúde, ou seja, construção institucional, política, direitos sociais, quem nessa sociedade defende isso e pode estar nessa luta. Quero lembrar que, nos últimos três anos, o governo mandou um projeto de reforma ao Congresso Nacional no qual se acabava com as contribuições na seguridade social, ou seja, acabava-se com a seguridade social. Diante desse projeto, a mobilização da saúde foi absolutamente nula. Posso dizer que isso afetava a população de forma significativa e foi a primeira vez que eu vi pessoas tão diferentes se juntando para dis-



cutir seguridade social. Nós nos reunimos em Brasília, sempre junto com a Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), junto com o grito dos oprimidos, junto com a Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita (Anfipi), que são os fiscais da Previdência Social, e com a Fundação da Seguridade Social (Ceres) que era o único participante da área de saúde. Se essa questão tivesse passado, acabaria com a possibilidade dos direitos sociais e isso não estava sendo discutido pelos gestores da área de saúde. Nós é que fomos a todos os líderes do Congresso Nacional, discutindo com um por um, e eles sequer sabiam o efeito que aquilo ia ter. Fizemos política, uma cartilha, eu escrevi sobre a coisa mais complicada que é reforma tributária e a igreja traduziu aquilo em um papel que foi discutido nas missas. É isso que temos que voltar a fazer: discutir questões que são a base dos direitos sociais. Porque discutir *lobby* e afins é tarefa de burocrata, da qual a população não quer nem saber.

**Nelson:** Assino embaixo do que a Sônia falou e daria uma pitada em termos de mobilização no que está acontecendo agora recentemente no mundo inteiro, como a primavera nos países árabes que se alastra pelo mundo inteiro e o movimento “Ocupe Wall Street”. Hoje, nem precisa ser de esquerda, ter formação marxista, socialista ou esquerdista para antever o fim do capitalismo, que o movimento apartidário, não ideologizado, está fazendo no mundo inteiro. “Ocupe Wall Street” é um

movimento que se está alastrando e segue percepção intuitiva dos segmentos mais informados e mobilizados da sociedade que começam nos países mais desenvolvidos, embora no Chile já tenha havido também um forte movimento pela educação. Aconselharia os delegados da 14.<sup>a</sup> CNS a prestarem mais atenção na mídia, no que está acontecendo com esses movimentos, e tomara que isso, dentro do panorama geral muito além da saúde, como a Sônia coloca, possa trazer para delegados e conselheiros de saúde uma revisão dos seus papéis nesses 20 anos, papéis que foram manipulados pela elite. ■



**O SUS criou uma rede para integrar a saúde com qualidade e precisão.**



Em todo o mundo os sistemas de saúde estão falhando, pois não conseguem acompanhar a ascensão das condições crônicas. Para reverter este quadro o SUS está implantando sistemas integrados, coordenados pela Atenção Primária à Saúde. Para o funcionamento pleno das Redes é preciso a participação de todos. Este livro é fundamental para você entender e acompanhar todo o processo.

Acesse o nosso portal e baixe o seu exemplar:  
[www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)



**Juntos formamos uma rede de soluções para a saúde do Brasil.**

# *Participação soc* UTOPIA OU REALIDADE?

“Quero celebrar a participação e a democratização desses espaços públicos porque só na democracia é que nós podemos celebrar. Essas conferências são produtos da Reforma Sanitária. Foi por meio dela que nós temos a possibilidade de estar aqui hoje fazendo um processo que está deflagrado desde a Constituição Federal, que são as conferências de saúde. Um espaço público, democrático, mas um eminente espaço de avaliação (...) Nenhum gestor público pode abolir a participação da sociedade e o controle social.” Alexandre Magno – Conselheiro Nacional de Saúde, durante a 7.<sup>a</sup> Conferência Estadual de Pernambuco – Olinda, 10 e 11 de outubro de 2011

**D**emocracia e controle social sempre caminharam lado a lado na história do SUS. A própria criação do sistema deu-se paralelamente ao processo de redemocratização que a sociedade brasileira vivia à época. Não é estranho, portanto, o fato de que a participação da sociedade no exercício do controle social esteja presente no dia a dia desta que é a maior política de inclusão social do país: o Sistema Único de Saúde (SUS).

# ial no SUS:

TATIANA ROSA

Para descobrir como se dá de fato essa participação, percorremos algumas Conferências Estaduais de Saúde a fim de ouvir aqueles que executam e utilizam o SUS nas suas ações de ponta. O que é o controle social? Como se dá esse processo nos Conselhos de Saúde? Como é a participação da sociedade nesses espaços? Ela está ciente do seu papel atuante e da oportunidade que ela tem em mão de fortalecer o Sistema? A sociedade tem consciência do seu poder de atuação?

O usuário e representante no Conselho Nacional de Saúde, José Marcos Oliveira, 44 anos de idade, acredita que ainda é muito baixa a participação da sociedade no controle social do SUS. “Parece-me que isso acontece por um conjunto de fatores, dos quais destaco: a dificuldade de se perceber que participamos de uma República Federativa, a dificuldade na compreensão de que temos direitos, mas também temos deveres com o que é público, e, nesse sentido, ainda há dificuldade muito grande do entendimento de cidadania, o que acaba delegando ao outro o que de fato é responsabilidade de cada um. Assim, exercer cotidianamente o controle social é de fato entender o significado dessas palavras. É assumir e exercer a sua participação cidadã.”

A história de José Marcos no Conselho Nacional de Saúde teve início há aproxima-

damente 15 anos, quando decidiu assumir publicamente a sorologia positiva para o vírus HIV. Ele conta que, a partir de então, teve de enfrentar o preconceito e a discriminação. Foi então que resolveu ingressar em uma Organização Não Governamental (ONG)/Aids. Acabou apaixonando-se pelo universo das políticas públicas e passou a dedicar-se a estudos sobre Reforma Sanitária, Constituição, Arcabouço do SUS e Seguridade Social. A partir daí, ingressou no Conselho Municipal de Saúde de Sorocaba. Conhecido no Movimento Nacional de Luta contra a Aids, acabou indicado, em 2005, à representação no Conselho Nacional de Saúde, onde está até hoje.

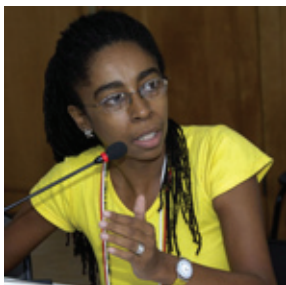
“Vivencio cotidianamente que o que debatemos, discutimos e deliberamos não é entendido na ponta. Os próprios Conselhos ainda se utilizam de uma linguagem que busca mais a lógica técnica do que aquela que de forma codificada faz que o outro se veja e se sinta estimulado, sensibilizado para estar nesses espaços”, explica.

Para ele, avançou-se muito em alguns aspectos mas ainda é visível que se estacionou em alguns outros. “Destaco que este sujeito político sinaliza que quer mais resolutividade e menos debate, ele sinaliza que a disputa é saudável, mas também sinaliza que ela precisa ser voltada para os interesses da maioria da



população e não para os interesses das minorias mais organizadas.”

Há quatro anos atuando como representante da Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras, no Conselho Nacional de Saúde, a coordenadora da organização de mulheres negras Criola e também coordenadora geral da 14.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (CNS), Jurema Werneck, acredita que a participação da população é um processo influenciado por diferentes fatores, entre os quais destaca: a crença na possibilidade de mudanças e também o grau de investimento que a sociedade e suas instituições fazem para que cidadãos possam atuar nos espaços públicos e investir no bem comum e nas políticas públicas.



Jurema  
Werneck e José  
Marcos Oliveira

“Vivemos um tempo em que o privado tem preponderância, seja na perspectiva do consumo, seja na exacerbação do individualismo. Ainda assim, na contracorrente, podemos verificar que, ao contrário do que parece, a sociedade civil cresceu tanto em organização quanto em presença.”

No caso da saúde, Werneck enxerga um processo de consolidação dos Conselhos em todos os cantos do país, mas alerta para a existência de um processo de ataques que a participação social – e a participação no SUS – tem vivido. “Junte-se a isso os processos de perseguição, cerceamento e criminalização que os movimentos sociais estão sofrendo. Essa situação, apesar de extremamente preocupante, por ser uma clara ameaça à democracia,

permite demonstrar também a amplitude e a pujança da participação social, que tem ameaçado as posições confortáveis dos setores conservadores – e os mais violentos entre eles – contrários à ampliação da democracia e da repartição das riquezas sociais.”

Quando questionados sobre o fato de a sociedade em geral não ter conhecimento desses espaços em que ela pode atuar, Werneck e Oliveira têm o mesmo ponto de vista. Ambos concordam que falta informação.

“Ampliar e democratizar a circulação de informações é também uma exigência da democracia, mas nós não vivemos este momento. As informações sobre conquistas de canais de participação e influência têm sido sonegadas e não é à toa. É preciso, sim, divulgar, como também demonstrar a pertinência e a capacidade resolutiva que as diferentes modalidades de participação podem ter e o quanto as políticas públicas e a população podem se beneficiar com isso”, afirma a coordenadora da Criola.

José Marcos esclarece: “a informação que deveria ser a nossa maior estratégia de envolvimento vem se transformando em ferramenta de exclusão. Quero dizer que o conhecimento de deveres, direitos e de participação em espaços como estes só se efetivará de fato quando começarmos a decodificar as informações”. Ele afirma ainda que é preciso haver solidariedade de adequar as informações à linguagem a qual as comunidades e os grupos da sociedade possam entender e assimilar. Tenho o privilégio de dar aula para três turmas distintas que vão desde desempregados, assalariados, donas de casa, conselheiros(as), estudantes universitários, entre outros. Falo com eles sobre a história do Brasil, as políticas públicas, a Reforma Sanitária do SUS, os Conselhos e as Conferências. Juntos, aprendemos e compreendemos que o Brasil é nosso, que política não é politicagem, que o público é meu, é seu, é nosso, que não existe somente a política parti-

dária e que temos de ser críticos, reconhecendo nossas capacidades e habilidades.”

O conselheiro faz questão ainda de ressaltar que não está no Conselho Nacional de Saúde para assumir o papel do gestor e nem do trabalhador, mas sim para incidir politicamente, sem maquiagem ou disfarces, e para levar a realidade de quem está na ponta. “Busco saber o que é o SUS e acho importante dizer que o SUS não é grátis. Precisamos parar com esse discurso que o Sistema é grátis, pois todos nós pagamos impostos. Infelizmente, há pessoas que estão nesses espaços que não sabem o que é o SUS e não conhecem a história da Reforma Sanitária. Acho que esta deveria ser uma aula do primeiro dia de reunião de todos os Conselhos.

Segundo ele, o controle social deve-se somar a outros atores sociais para demandar a quem é eleito as questões estruturantes que interferem na qualidade de vida de todos os brasileiros. “Controle social é quando eu me coloco no lugar do outro e entendo suas angústias e dificuldades, é quando eu exerço a minha cidadania, sabendo principalmente dos meus deveres e não só dos direitos e posso traduzir o conhecimento adquirido em uma linguagem a qual as populações mais humildes e as mais qualificadas entendam de maneira que elas se sintam incluídas neste processo. Controle Social é isso, é podermos exercer cotidianamente a nossa cidadania, somando politicamente para que tenhamos um Estado forte, democrático e sem desigualdades”, finaliza.

A conselheira Jurema Werneck encara o controle social como um dos aspectos da participação. “É acompanhar, conhecer e avaliar processos e resultados das decisões, das ações e das políticas públicas. Mas participação tem também uma anterioridade – vem antes do controle. É a capacidade de enunciar projetos comuns para todos ou para grupos da sociedade, mas com base no interesse comum

de redistribuição da capacidade de projetar utopias, de delinear projetos de sociedade inclusivos, de afirmar a pujança e a diversidade social.”

E vai além. “No âmbito das políticas públicas, participar quer dizer colaborar, indicar caminhos, possibilidades, mecanismos mais adequados de realização. Quer dizer humanização do que é ideia, projeto no papel... Fazer surgir o real onde estava apenas a intenção.

No caso do SUS, segundo ela, para que ele possa ser o Sistema que a sociedade espera há 20 anos, participar é condição de possibilidade, ou seja, para que seja efetivamente aquilo para o que foi criado, necessita, além de financiamento adequado, de competências e trabalho. “Necessita, fundamentalmente, de nós, a população.”

## Consciência jovem

Com bem menos experiência que José Marcos e Jurema, a pernambucana e técnica em enfermagem, Gisele Gomes, 21 anos de idade, iniciou há pouco mais de um ano a sua trajetória no controle social do SUS. Ela acredita que falta publicidade a respeito das Conferências. Eleita pela primeira vez como delegada em uma Conferência Municipal de Saúde, Gisele afirma: “O pessoal não tem noção do que é o SUS e de como ele pode oferecer mais qualidade em suas vidas. Por isso mesmo, não sabem exigir os seus direitos. Se as pessoas tivessem noção do que é o Sistema, talvez soubessem dos seus direitos e deveres.”

Para ela, muita gente participa das Conferências apenas para criticar o SUS sem ao menos conhecê-lo. “Críticas são bem-vindas, mas muita gente vem até aqui apenas para reclamar. A gente precisa criticar, mas também ouvir. É a primeira vez que participo e estou gostando muito, pois além de aprender mais sobre o Sistema, embora eu já trabalhe na área, estou também exercendo o meu direito de usuária e cidadã”, finalizou.

## 2011: ano da 14.<sup>a</sup> CNS

A 14.<sup>a</sup> CNS acontecerá entre os dias 30 de novembro e 4 de dezembro, em Brasília. Com o tema: **“Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro”** e como eixo: **“Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS”**, o evento tem o objetivo de discutir a política nacional de saúde, segundo os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade. Aproximadamente 4 mil pessoas são esperadas para o evento sobre saúde mais importante no país.

O ministro da Saúde e também presidente do Conselho Nacional de Saúde, Alexandre Padilha, vê a 14.<sup>a</sup> CNS como a oportunidade de todo brasileiro garantir que o acesso e o acolhimento com qualidade sejam prioridades da saúde no Brasil.

“No ano em que o SUS completa 22 anos, temos grande oportunidade de debatermos juntos os desafios e a perspectiva da saúde no Brasil. Todo brasileiro e brasileira necessita e faz parte do SUS em algum momento da sua vida, por isso precisamos do envolvimento de quem vive nas grandes cidades, nos pequenos municípios, nas comunidades ribeirinhas, no

sertão, no meio da Amazônia, enfim, de toda a diversidade que compõe e enriquece a sociedade brasileira”, diz.

A expectativa do ministro é de que os participantes da 14.<sup>a</sup> CNS concentrem suas energias, suas reivindicações e suas sugestões para construir, a partir das suas experiências, propostas para ampliar o acesso ao SUS. “Garantir o atendimento a 200 milhões de pessoas é uma tarefa complexa, tanto que o Brasil é o único país com mais de 100 milhões de habitantes que buscar cumprir o princípio do acesso universal e integral. Por outro lado, o SUS também é singular por Constituição democrática e por incentivar a ampla participação social. Como ministro da saúde e também presidente do CNS, sou um grande defensor dos espaços constituídos para o controle social do SUS.”

A expectativa da coordenadora geral da 14.<sup>a</sup> CNS, Jurema Werneck, é de que ela possa ser um momento de reafirmação da esfera pública, como local de debate de ideais, de compartilhamento de utopias comuns. “Espero que ela seja um passo importante do processo de possibilitar o retorno do SUS à trajetória que a Constituição Federal apontou, de forte âncora na garantia do direito humano à saúde de cada brasileira e brasileiro. E mais, que se possa aprofundar o rompimento com as marcas neoliberais que tanto fragilizaram e fragilizam o Sistema, abrindo espaço para que o novo possa surgir: novas formas de fazer saúde pública, apoiadas nos ‘velhos’ princípios da equidade, da integralidade, da universalidade.”

A 14.<sup>a</sup> CNS foi convocada pela presidente da República, Dilma Rousseff, por meio do Decreto Presidencial de 3 de março de 2011. As etapas municipais foram realizadas no período de 1.<sup>o</sup> de abril a 30 de setembro de 2011 e as estaduais entre os dias 16 de julho e 31 de outubro.

Conferência  
Estadual de  
Saúde do Rio  
de Janeiro  
.....



Mais de 4 mil Conferências, entre estaduais e municipais, foram realizadas em todo o país, para subsidiar o debate na 14.<sup>a</sup> CNS.

Temas como a privatização do SUS e a necessidade de maior representatividade dos Conselhos foram comuns nas discussões. Mais de 600 propostas foram enviadas a Brasília para a análise da relatoria.



### Propostas do CONASS para a 14.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde

Confira no quadro a seguir, as propostas do CONASS que serão apresentadas na 14.<sup>a</sup> CNS.

Conferência  
Estadual de  
Saúde de Goiás

EIXOS	PROPOSTAS
Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• garantir acesso oportuno, circulação e acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, por meio da formação de Redes de Atenção à Saúde;</li> <li>• investir na oferta de serviços e de tecnologias adequados às necessidades sociais e sanitárias da população;</li> <li>• priorizar a implantação/implementação das redes de: Urgência e Emergência, Câncer, Materno-Infantil (Rede Cegonha), Atenção Psicossocial (ênfase em <i>crack</i>, álcool e drogas);</li> <li>• fortalecer os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica;</li> <li>• investir na formação profissional continuada, com foco no acolhimento, na ética e nas boas práticas de saúde; e</li> <li>• buscar mecanismos de indução à fixação dos profissionais de saúde em áreas desassistidas.</li> </ul>
Política de saúde na seguridade social, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• superar a lógica do modelo tradicional do Sistema a partir da organização das Redes de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção;</li> <li>• reduzir as iniquidades, priorizando mecanismos de distribuição de recursos e de serviços pautados na necessidade da população, e não com base em interesses individuais, na pressão de determinados grupos ou mesmo conduzidos exclusivamente pela demanda;</li> <li>• fortalecer os mecanismos de regulação do Sistema para garantir acesso universal, integral e equânime, com base nos protocolos clínicos, nas linhas de cuidado e nos fluxos assistenciais definidos previamente; e</li> <li>• utilizar indicadores que permitam avaliar a qualidade, a integralidade e a continuidade do cuidado, segundo os desenhos das linhas de cuidado.</li> </ul>
Participação da Comunidade e Controle Social;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intensificar as ações de mobilização social em defesa do direito à saúde e do SUS;</li> <li>• estimular práticas de avaliação, monitoramento e fiscalização por parte das instâncias de participação comunitária e controle social;</li> <li>• apoiar o processo de formação dos conselheiros de saúde, visando ao fortalecimento dos Conselhos como espaço institucional destinado a analisar os impactos das medidas implementadas pelos gestores do SUS, bem como propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde em níveis correspondentes; e</li> <li>• valorizar a presença dos gestores nos Conselhos de Saúde e nas instâncias de controle social e construir uma agenda conjunta para ações de mobilização social.</li> </ul>



EIXOS	PROPOSTAS
Gestão do Sistema (Financiamento; Pacto pela Saúde e Relação Público x Privado; Gestão do Sistema, do Trabalho e da Educação em Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ampliar a participação do setor público no gasto total em saúde. Embora no Brasil a proporção do Produto Interno Bruto (PIB) com despesas em saúde (o equivalente a 8,4%) assemelhe-se – de acordo com Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) – à média global de 8,5%, apenas 45% desses gastos são públicos (3,7% do PIB). Ainda de acordo com a OMS, na grande maioria dos países, o gasto público equivale a 60% do total investido em saúde e corresponde, em média, a 5,5% do PIB. Se comparado aos países com sistemas similares ao SUS – universais e gratuitos –, essas disparidades são ainda maiores;</li> <li>• defender a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 e a proposta de destinação de 10% da receita corrente bruta da União para a saúde;</li> <li>• aprimorar o uso dos recursos em saúde com a definição de modelos assistenciais apropriados;</li> <li>• romper com a lógica do financiamento fragmentado, utilizando critérios de alocação de recursos que considerem as diferentes realidades epidemiológicas e sociais existentes no país, com ênfase no custeio das Redes de Atenção à Saúde;</li> <li>• promover o debate sobre alternativas de gerência de unidades públicas de saúde;</li> <li>• enfatizar a função reguladora do Estado na gestão do Sistema de Saúde;</li> <li>• reformular o modelo de atenção voltado para o atendimento das condições crônicas, na busca pela eficiência, pela eficácia e pela efetividade das ações e dos serviços de saúde e no alcance dos resultados;</li> <li>• priorizar as Redes de Atenção à Saúde como forma de organizar o sistema de saúde, assegurando à população assistência contínua, no lugar certo e no tempo oportuno, descentralizando as unidades de Atenção Primária à Saúde e concentrando, nas regiões sanitárias, os serviços de média e alta complexidade, propiciando aumento da qualidade e ganhos de escala;</li> <li>• fortalecer a Atenção Primária nas suas funções essenciais: resolutiva – a quem compete resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população; e coordenadora – com atribuição de organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos pontos de atenção e função de corresponsabilização pela saúde dos cidadãos em qualquer ponto da Rede de Atenção à Saúde em que se encontrem;</li> <li>• implementar ações voltadas para a primeira infância, como estratégia de prevenção da violência;</li> <li>• priorizar a qualidade e a efetividade do cuidado e a satisfação do usuário;</li> <li>• fortalecer o processo de Regionalização, com as seguintes ações:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) instrumentalizar as Comissões Intergestores Regionais para que assumam seu papel de espaço de definição de prioridades e de pactuações de soluções para a organização de Rede de Atenção à Saúde integrada e resolutiva;</li> <li>b) pactuar diretrizes gerais para a organização e funcionamento das regiões de saúde, conforme a legislação vigente; e</li> <li>c) estabelecer consenso tripartite quanto aos aspectos organizacionais, conceituais e de estratégias para a implantação da Rede de Atenção à Saúde, com ênfase no modelo de atenção e no papel ordenador da APS.</li> </ol> </li> <li>• atuar de forma tripartite na implementação do Decreto n. 7.508/2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;</li> <li>• priorizar a política de RH como um eixo estruturante do sistema de saúde, visando ao aprimoramento da gestão do trabalho nas três esferas do SUS;</li> <li>• enfatizar a formação e a qualificação técnica dos trabalhadores da saúde e reorientar os cursos de graduação e pós-graduação da área para adequá-los às necessidades do SUS;</li> <li>• priorizar estratégias de educação permanente;</li> <li>• apoiar a implantação de sistemas de informação e qualificação de pessoal para a gestão do trabalho;</li> <li>• institucionalizar um sistema de planejamento de recursos humanos orientado pelas metas e pelos objetivos institucionais;</li> <li>• institucionalizar um plano de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS com base em competências (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores); na regulação dos processos educativos e laborais do campo da saúde; na reorientação e na melhoria da qualidade da formação, da pós-graduação; na qualificação técnico-profissional e em um programa de educação permanente; e</li> <li>• fortalecer as Escolas Técnicas de Saúde, transformando-as em centros de referência regional/estadual para a formação técnica em saúde.</li> </ul>

JULIO STRUBING MÜLLER NETO<sup>2</sup>ELIZABETH ARTMANN<sup>3</sup>

# AÇÃO COMUNICATIVA, *Democracia e Conferências de Saúde*<sup>1</sup>

Nos últimos 20 anos, no Brasil, assegurou-se o funcionamento das instituições democráticas como também buscou-se institucionalizar os procedimentos necessários à livre expressão da sociedade civil, ampliando-se a esfera e os espaços públicos de deliberação. A luta da sociedade civil pela ampliação da sua influência e poder comunicativo<sup>1</sup> sobre a sociedade política e a sociedade econômica fortaleceu e ampliou o processo democrático no país. No campo das políticas de saúde, a democratização, um dos pilares da proposta da reforma sanitária, tomou a forma hegemônica, mas não exclusiva, da participação e do controle social por meio da construção de espaços deliberativos, como as Conferências e os Conselhos de Saúde. Também foram implementadas ações democratizantes dos processos de gestão da política de saúde, sobretudo na esfera dos governos locais, buscando tornar o poder administrativo mais permeável às demandas da sociedade.

<sup>1</sup> Texto baseado no artigo Muller Neto, JS; Artmann, E. Política, gestão e participação em Saúde: reflexão ancorada na teoria da ação comunicativa de Habermas. *Cienc Saude Colet* [periódico na internet] 2011 jul. [Citado em 26 de outubro 2011]; [cerca de 15 p.] Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>

<sup>2</sup> Professor Adjunto ISC/UFMT

<sup>3</sup> Pesquisadora Titular- DAPS/ENSP/FIOCRUZ

Conferências e Conselhos podem ser compreendidos como públicos políticos, espaços públicos que permitem à sociedade civil e aos movimentos sociais influenciarem a agenda pública, incluindo novos temas e novas demandas como a questão ambiental, as práticas alternativas ou complementares, as necessidades de saúde das populações locais, a saúde da população negra, indígena e dos trabalhadores rurais, entre outras. É uma proposta criativa da construção do sistema de saúde brasileiro (SUS) e espaço de deliberação democrática, em que representantes da sociedade civil e do governo podem estabelecer relações em condições mais igualitárias. A participação social como processo permanente permite algum tipo de representação política no âmbito destes espaços deliberativos públicos das políticas de saúde. O processo de construção da política de saúde seria um *continuum*<sup>ii</sup> quando se estabelece a relação entre as demandas dos movimentos sociais e o governo. A persistência de temas relevantes para a sociedade civil na agenda das Conferências, como questões referentes ao direito à saúde de segmentos sociais excluídos ou políticas intersetoriais, pode significar tanto seu não atendimento por parte da gestão quanto um processo de construção comunicativa ou ainda as duas coisas. O *continuum* aplica-se ainda à relação entre os segmentos sociais e seus representantes nesses fóruns. A proposta da política deliberativa apoia-se na noção de que a esfera pública é o espaço da participação e do controle social e contribui para dar transparência ao processo decisório das políticas públicas, em uma perspectiva de *accountability* diferente do eleitoral, tradicional.

As Conferências e Conselhos são espaços institucionalizados, regulamentados pelo poder administrativo, nos quais a sociedade civil e os sistemas político e econômico encontram-se e estabelecem processos decisórios apoiados no princípio do discurso.<sup>iii</sup> Nas

Conferências de Saúde, os atores da sociedade civil buscam o entendimento por meio da razão comunicativa,<sup>iv</sup> mas também se contrapõem aos atores sistêmicos, representantes de governos ou empresários de saúde, tornando possível questionar a pretensão de validade dos argumentos, sejam fáticos, sejam normativos, e buscar novos consensos fundamentados. O desafio é superar as barreiras à ação comunicativa frequentes na cultura brasileira: autoritarismo, populismo, clientelismo, cooptação, corporativismo, corrupção, que tornam sempre presente a possibilidade de colonização do espaço público.

As Conferências de Saúde podem ser classificadas ainda como “público político fraco”,<sup>v</sup> pois suas decisões não são vinculativas, não são obrigatórias e automaticamente incorporadas às políticas de saúde, e dependem de outras circunstâncias para que possam influenciar a agenda de prioridades do gestor e da gestão de saúde. Entre essas, relacionam-se o projeto político de governo; o valor atribuído às deliberações da conferência pelo gestor; o peso político dos atores sociais demandantes; a vida associativa; a debilidade dos mecanismos de controle e prestação de contas da gestão, como também do próprio conselho de saúde; o conflito de interesses; a governabilidade sobre o problema por parte da gestão da saúde; entre outros. O caráter vinculativo das deliberações das Conferências é um ponto de dissenso entre os atores governamentais das três esferas de governo e os atores da sociedade civil.<sup>vi vii</sup>

Outro aspecto importante a ser considerado na análise da participação social na formulação das políticas de saúde refere-se à autolimitação da influência dos atores da sociedade civil. Para Habermas<sup>i</sup>, as organizações da sociedade civil não devem assumir funções de gestão, que cabem ao governo, nem serem dominadas pelas regras burocráticas do sistema, pois perderiam a capacidade

de vocalizar as demandas sociais. Não cabe aos sujeitos sociais eleitos delegados à conferência, por exemplo, elaborar plano de saúde, nem fazer propostas acabadas, mas tematizar e assinalar problemas importantes ou indicar possibilidades de soluções. A Conferência é o espaço das demandas que precisam ser escutadas sempre, não apenas ouvidas. A influência da Conferência pode ser medida por meio de seu poder comunicativo para alterar os parâmetros legais da formação da vontade política e pressionar as instituições responsáveis a incluir determinadas demandas em sua agenda de prioridades, ou vetá-las, como foram os temas do aborto e das fundações estatais na 13.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, em 2007. O outro lado da moeda é que gestores, gerentes e trabalhadores de saúde precisam ser receptivos à influência da sociedade civil sob pena de perder legitimidade na sua ação. A sistematização das demandas da conferência para incluí-las na agenda governamental é atribuição do corpo técnico dos governos e suas organizações, sobretudo da área de planejamento, o que exige capacidade comunicativa. A transformação das queixas e das demandas pontuais e fragmentadas – comuns nesses espaços deliberativos – em problemas e operações destinadas a enfrentá-los requer vontade política e capacidade de governo. Daí a importância da prestação de contas à conferência por parte do gestor e do conselho de saúde sobre as resoluções da conferência anterior. vi, viii

A postura excludente, democracia representativa *versus* democracia direta, representação *versus* participação, cedeu lugar na perspectiva da política deliberativa a uma postura procedimentalista que luta para democratizar a representação e estabelecer os procedimentos de consenso para a participação. Nessa perspectiva, a existência da liberdade de pensamento, de opinião e de organização, os chamados direitos políticos básicos,

garantidos pelo sistema político democrático no âmbito do Estado Nacional, é condição indispensável para o exercício da participação social dos atores da sociedade civil e para o desenvolvimento da vida associativa. A eleição segue sendo o procedimento democrático preferencial de escolha e autorização e necessária como fonte primária de legitimação das demais formas. Por outro lado, a deliberação, a aprovação e o cumprimento das regras e dos procedimentos no espaço das Conferências e dos Conselhos assumem relevância especial, se são ou não democráticas, se são representativos dos diferentes segmentos sociais, se garantem ou não a igualdade de acesso à participação no debate, a igualdade de emprego dos atos de fala, a pluralidade e a publicidade.

## Referências

- i HABERMAS, J. **Direito e democracia**: entre facticidade e validade. 2. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003. v. II
- ii URBINATI, N. O que torna a representação democrática. *Lua Nova* 2006; 67:191-228.
- iii ARTMANN, E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre o planejamento e AIDS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, n. 6, p. 183-195, 2001.
- iv HABERMAS, J. **Teoría de la acción comunicativa**. Taurus – Biblioteca de Filosofía Contemporánea. Madrid-Portugal: Ed. 70, 1987.
- v FRASER, N. Rethinking the public sphere: a contribution to the critique of actually existing democracy. In: CALHOUN, C. (Org.). **Habermas and the public sphere**. Cambridge: MIT Press, 1992.
- vi MÜLLER NETO, J.S. **A relação entre democracia, descentralização e políticas de saúde no Brasil**: atualização do debate e estudo de caso em uma perspectiva comunicativa. Rio de Janeiro, 2010. 321 p. Tese (doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.
- vii CÔRTEZ, S.V. Sistema Único de Saúde: espaços decisórios e a arena política de saúde. *Cad. Saúde Pública*, n. 25, p. 1626-1633, 2009.
- viii MÜLLER NETO, J.S.; SCHRADER, F.A.T.; PEREIRA, M.J.V.S.; NASCIMENTO, I.F.; TAVARES, L.B.; MOTTA, A.P. Conferências de saúde e formulação de políticas em 16 municípios de Mato Grosso, 2003-2005. **Saúde em Debate**, n. 30, p. 248-274, 2006. ■



# OS CLÁSSICOS PARA QUEM TRABALHA COM SAÚDE.





## Coleção para Entender a Gestão do SUS. Edição 2011, revisada e ampliada.

A nova edição apresenta informações completas sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde desde a sua legislação até as práticas mais atuais. A versão 2011 incorpora, ainda, novos temas que foram prioridades do CONASS nos últimos quatro anos. Dividida em 13 volumes, é leitura fundamental para entender toda a abrangência do SUS e suas interações.

- 1 – Sistema Único de Saúde
- 2 – O Financiamento da Saúde
- 3 – Atenção Primária e Promoção da Saúde
- 4 – Assistência de Média e Alta Complexidade
- 5 – Vigilância em Saúde – parte I
- 6 – Vigilância em Saúde – parte II
- 7 – Assistência Farmacêutica no SUS
- 8 – A Gestão Administrativa e Financeira no SUS
- 9 – Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
- 10 – Regulação em Saúde
- 11 – Ciência e Tecnologia em Saúde
- 12 – Saúde Suplementar
- 13 – Legislação Estruturante do SUS

Os volumes estão disponíveis para leitura e download em arquivo pdf no site: [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br)



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

# AS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE *e seu Impacto na Política de Saúde*

PAULO HENRIQUE DE  
ALMEIDA RODRIGUES<sup>1</sup>



<sup>1</sup> Sociólogo,  
mestre em  
doutor em Saúde  
Coletiva pelo  
IMS/UERJ e  
professor adjunto  
do Programa de  
Pós-Graduação  
em Saúde da  
Família da  
Universidade  
Estácio de Sá.

## Breve histórico das Conferências

As Conferências de Saúde foram instituídas em 1937, sendo a primeira delas realizada em 1941. Desde então, foram realizadas 13 Conferências Nacionais de Saúde. Uma das mais importantes antes da era do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a 3.<sup>a</sup> Conferência, realizada no governo João Goulart. Dela resultaram propostas de descentralização e de municipalização dos serviços de saúde, adotadas posteriormente pelo SUS. Na 7.<sup>a</sup> Conferência, de 1980, o discurso de abertura do então presidente Figueiredo já mencionava o direito à saúde e o dever do Estado (BRASIL, 1980, p. 15), temas centrais da Reforma Sanitária e que refletiam o reconhecimento do movimento social e de suas reivindicações.



A mais importante de todas foi a 8.<sup>a</sup> Conferência, em 1986, da qual participaram cerca de 4 mil pessoas e que propôs ampla Reforma Sanitária e a criação do SUS. Os princípios que deveriam orientar a organização e a operação do novo sistema também foram detalhados: descentralização da gestão; integralidade; unidade na condução das políticas; regionalização e hierarquização dos serviços; participação da população; universalização da cobertura; atendimento segundo as necessidades; e respeito à dignidade dos usuários. A 8.<sup>a</sup> Conferência ainda propôs ampla mobilização popular para garantir que, na Constituição, constassem: a saúde como dever do Estado e a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações e aos serviços de saúde (BRASIL, 1986). Tais propostas acabaram reproduzindo-se na Constituição e na legislação orgânica da saúde (Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990), mudando a história da saúde pública brasileira.

A 9.<sup>a</sup> Conferência, de 1992, que teve como tema central “Municipalização é o caminho”, acabou influenciando tanto na descentralização e na municipalização do Sistema quanto na extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), no ano seguinte. Madel Luz, no entanto, indicou que nela surgiu um “verdadeiro fosso cultural entre os ‘tecnocratas’ e a ‘grande massa de delegados eleitos’, em função da ‘linguagem excessivamente técnica das discussões’” (SCOREL e BLOCH, 2005, p. 103). A 10.<sup>a</sup> Conferência, realizada em 1996, debateu a instabilidade das fontes de financiamento do SUS, problema criado pelo fim dos repasses de recursos da Previdência, em 1993. Dois anos depois, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional n. 29/2000, estabelecendo regras para a destinação de recursos a cada uma das esferas de governo depois de negociações entre o Executivo e o Legislativo federais.

Em 2000, a 11.<sup>a</sup> Conferência propôs a descriminalização do aborto e denunciou impedimentos para o funcionamento dos Conselhos, como carência de informação sobre o SUS, falta de estrutura para funcionar e de assessoria técnica, de pouca capacitação dos conselheiros e criticou a falta de autonomia de muitos Conselhos perante os Executivos estaduais e municipais (BRASIL, 2001, p. 44 e 45). A 12.<sup>a</sup> Conferência Nacional, de 2003, debateu o tema “Saúde: direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”. Nela, foi introduzida a questão da saúde da população negra, por meio de várias resoluções. Como resultado, o Ministério da Saúde deu início a essa controversa política, por intermédio da constituição do Comitê Técnico de Saúde da População Negra e da realização do 1.<sup>o</sup> Seminário Nacional da Saúde da População Negra, em 2004.

A 13.<sup>a</sup> Conferência, de novembro de 2007, tomou decisões bastante polêmicas: rejeitou o tratamento do aborto como questão de saúde pública e a criação das fundações públicas de direito privado, ambas propostas pelo Ministério da Saúde. Isto não só acentuou o afastamento entre gestores e o movimento social, como dificultou o enfrentamento de um problema crítico de saúde – somente em 2005, houve cerca de 250 mil internações/ano causadas por abortamentos inseguros, uma das principais causas de mortalidade materna (ADESSE; MONTEIRO, 2008; e IPAS, 2008). A rejeição da criação das fundações públicas de direito privado para a gestão de serviços públicos de saúde, vista como uma ameaça de “privatização do SUS”, não encontrou eco, entretanto, na prática dos gestores do SUS, que vêm lançando mão de soluções pró-mercado na gestão do SUS, como as Organizações Sociais ou a Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia.



## Problemas a serem resolvidos para fortalecer as Conferências

As finalidades institucionais das Conferências Nacionais de Saúde são “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” (Lei n. 8.142/1990, art. 1.º). A palavra diretriz quer dizer linhas básicas, guias ou normas de procedimento. Nesse sentido, parece haver certa incompatibilidade entre a definição de diretrizes e a aprovação de um número enorme e crescente de resoluções pelas Conferências, como se pode ver na tabela a seguir.

## Número de temas ou eixos temáticos e de recomendações ou resoluções das Conferências Nacionais de Saúde

CONFERÊNCIAS NACIONAIS	TEMAS OU EIXOS TEMÁTICOS N.º	RESOLUÇÃO
8. <sup>a</sup>	3	49
9. <sup>a</sup>	3	253
10. <sup>a</sup>	6	362
11. <sup>a</sup>	1	296
12. <sup>a</sup>	12	713
13. <sup>a</sup>	3	857

Fonte: Relatórios das Conferências

O crescimento do número de resoluções reflete o aumento e a diversificação da participação social, bem como a complexidade dos temas tratados, mas também pode indicar possível perda de substância das resoluções aprovadas e consequente dificuldade para colocá-las em prática. Há nítido contraste entre o número de resoluções das duas últimas Conferências com o da 8.<sup>a</sup> Conferência, cuja importância histórica foi indiscutivelmente maior. Parece cabível questionar se o enorme número de resoluções das últimas Conferências não indicaria dificuldades na identifica-

ção de prioridades e diretrizes para a política nacional de saúde.

O afastamento entre os gestores do SUS e os movimentos sociais, diagnosticado por Madel Luz na 9.<sup>a</sup> Conferência, também é um problema a ser enfrentado. Tanto na 11.<sup>a</sup>, quanto na 12.<sup>a</sup> Conferências, teria havido aparente frustração dos delegados em relação ao cumprimento de suas decisões, na aprovação de resoluções no sentido “de punir legalmente gestores que deixarem de cumprir as deliberações das Conferências” (ESCOREL; BLOCH, 2005, p. 112-113). A própria linguagem revela o afastamento entre os dois grupos. Segundo o Conselho Nacional de Saúde, os gestores referem-se aos representantes dos movimentos sociais como “basistas”, “corporativistas”, ou “partidarizados”, enquanto estes rotulam a prática dos gestores como “incompetente”, “burocrática”, “fisiológica”, “autoritária” e “corrupta” (BRASIL, 2000). Tal afastamento é evidentemente prejudicial para o funcionamento dos mecanismos de participação social no SUS e constitui um dos pontos críticos a serem resolvidos no futuro próximo.

## Considerações finais

A participação social na formulação das políticas e na gestão do SUS foi fruto de um processo de décadas de lutas e representa enorme conquista democrática que merece ser mantida, ampliada e aperfeiçoada. As Conferências também têm tido papel fundamental na construção de consciência nacional sobre o direito à saúde e a importância do SUS. No contexto político institucional e cultural brasileiro, marcado por uma história de centralização, práticas autoritárias, clientelismo, patrimonialismo e corporativismo, a democratização da política de saúde não é uma conquista trivial.

Ao longo da implantação do SUS, além de crescerem em tamanho e em diversidade dos

interesses representados, as Conferências foram gerando um número muito grande e crescente de resoluções e uma tendência à expressão de demandas cada vez mais específicas. Se é fundamental a expressão e o atendimento de interesses de setores específicos da população, isto não deve se contrapor à necessidade de se definirem diretrizes claras para a política de saúde. É indispensável se reconhecer a necessidade de um esforço de síntese, capaz de gerar formulações que contenham escolhas claras sobre as prioridades em termos de diretrizes para a política de saúde em âmbito nacional.

Também é imperativo que se procure combater o distanciamento entre gestores e movimento social nas Conferências, fenômeno reconhecido pelo Conselho Nacional de Saúde, assim como pela literatura. Esse problema grave tende a gerar impasses contraproducentes para o SUS e para as necessidades de saúde da população. Não é problema fácil de ser resolvido, pois exige mudança de postura de ambas as partes. O exercício da democracia requer que se aprenda a conviver com a diferença, aceitar o debate aberto, despir-se de atitudes defensivas, às vezes até agressivas. É imprescindível que as necessidades de saúde da população sejam as prioridades do debate. O desafio é o aperfeiçoamento do processo de participação e controle social no SUS.

## Referências

- ADESSE, L.; MONTEIRO, M. F. G. **Magnitude do aborto no Brasil**: Aspectos epidemiológicos e socioculturais. Rio de Janeiro: Ipas e Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ. Disponível em: <[http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh\\_mag.pdf](http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2008.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **A prática do controle social e os Conselhos de Saúde em 14 reflexões**. 2000. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/pratica/pratica.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2008.
- \_\_\_\_\_. **12.ª Conferência Nacional de Saúde**, Conferência Sérgio Arouca, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. **11.ª Conferência Nacional de Saúde**, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- \_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **10.ª Conferência Nacional de Saúde**, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- \_\_\_\_\_. **IX Conferência Nacional de Saúde**, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.
- \_\_\_\_\_. **8.ª Conferência Nacional de Saúde**, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- \_\_\_\_\_. **VI Conferência Nacional de Saúde**, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1963.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **As Conferências Nacionais de Saúde**: evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009 (CONASS Documenta nº. 18).
- ESCOREL, S.; BLOCH, R.A. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. In: LIMA, Nisia; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio; SUÁREZ, Julio (Orgs.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005, p. 83-119.
- IPAS BRASIL. **Aborto inseguro e juventude**: dados e subsídios para a ação política. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br/arquivos/juventude.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2008. ■

# *Regulamentação da Emenda Constitucional n. 29*

## AVANÇA NO CONGRESSO NACIONAL

ADRIANE CRUZ

**Continua a luta pela recomposição do orçamento do SUS. Senadores devem se manifestar em relação à vinculação de 10% da receita corrente bruta da União para o setor**

Depois de aprovada pela Câmara dos Deputados, no dia 21 de setembro deste ano, a regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 segue para votação do Senado Federal. Além da definição do que são despesas com saúde, a EC n. 29 estabelece o percentual a ser aplicado no setor pelos estados, pelos municípios e pela União. Os senadores terão em suas mãos a responsabilidade de resolver o problema do financiamento do SUS, podendo se manifestar por meio do Projeto de Lei Complementar n. 306/08, aprovado na Câmara, ou votar o projeto original da emenda (PLP n. 121/07, de autoria do então senador, Tião Viana), que vincula de 10% da receita corrente bruta da União para a saúde pública brasileira.

“O CONASS defende esta vinculação, pois o financiamento é um nó crítico para um sistema de saúde abrangente e complexo como o SUS. No Brasil – onde os serviços de

saúde são ofertados de maneira universal e integral – o setor recebe menos investimentos do governo do que em países onde os sistemas de saúde não têm estas características. Depois de 11 anos, a EC n. 29 foi regulamentada, porém, o texto aprovado na Câmara não resolverá o problema do subfinanciamento da saúde”, destacou a presidente do CONASS, Beatriz Dobashi.

O presidente da Frente Parlamentar da Saúde, Darcísio Perondi (PMDB/RS), também defende o projeto original (aprovado em 2008 por unanimidade pelos próprios senadores), que obriga a União a investir o equivalente a 10% de suas receitas correntes brutas com a saúde. “O projeto que defendemos permitirá o acréscimo de mais de R\$ 30 bilhões, que não resolvem o problema, mas é o que podemos fazer nesse momento”, afirmou.

Para o senador Humberto Costa (PT/PE), líder do governo no senado, o SUS, apesar das

falhas, tem grandes programas que são considerados bem-sucedidos pela população. Ele defende a regulamentação da Emenda n. 29, além de novas fontes de recursos para o setor. Segundo o senador, é preciso investir mais e melhorar os serviços públicos: “O governo tem consciência de que são necessários mais recursos para a saúde e que a regulamentação da EC n. 29 deve acontecer ainda este ano”, disse.

Já o senador Waldemir Moka (PMDB/MS) reconhece a necessidade de incrementar os recursos da saúde. Esses recursos, afirma Moka, deverão vir da fixação da alíquota de 10% da União. “Não desejo um enfrentamento, mas vou trabalhar pelo texto original, do ex-senador Tião Viana (AC)”, declarou.

O senador Eduardo Amorim (PSC/SE) afirmou que a União também precisa aderir ao princípio da percentualidade. “Os municípios já são obrigados a investir 15% em saúde, e os estados, 12%. A União também precisa adotar esse princípio e investir 10%”.

ta a necessidade de aumento dos recursos do Ministério da Saúde para o próximo ano para atender minimamente algumas ações, conforme tabela abaixo. Este aporte é destinado às ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; atenção primária à saúde; aquisição de medicamentos de dispensação excepcional; assistência farmacêutica e insumos estratégicos na atenção básica; e execução de ações de vigilância sanitária.

Tendo em vista o cenário preocupante demonstrado pelo estudo, no que diz respeito ao financiamento do SUS, os secretários de Estado da Saúde apresentaram os números à Frente Parlamentar da Saúde, aos relatores setorial da saúde e geral do Ploa 2012, solicitando a inclusão do valor apontado no orçamento da saúde do ano que vem: “O SUS que a sociedade brasileira conquistou na Constituição Federal de 1988 – universal, integral e gratuito – precisa de recursos compatíveis para atingir seus objetivos”, ressalta a presidente do CONASS, Beatriz Dobashi.

*Com informações da Agência Senado e da Frente Parlamentar da Saúde*

## Ploa 2012

O CONASS realizou um estudo do Projeto de Lei Orçamentária de 2012, no qual apon-

## Proposta do CONASS para incremento de recursos no Ploa 2012 do Ministério da Saúde (em R\$ 1,00)

AÇÕES	PLOA 2012	VALOR NECESSÁRIO	PROPOSTA DE ACRÉSCIMO
Atenção à Saúde da população para procedimentos em Média e Alta Complexidade	33.847.455.227	36.809.821.621	2.962.366.394
Piso de Atenção Básica Fixo	4.422.000.000	4.716.631.032	294.631.032
Apoio para Aquisição de Distribuição de Medicamentos Excepcionais	4.000.000.000	4.923.263.434	923.263.434
Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde	1.150.000.000	1.267.575.906	117.575.906
Incentivo financeiro aos estados, Distrito Federal e municípios para execução de ações de Vigilância Sanitária	169.500.000	250.949.503	81.449.503
<b>Total</b>	<b>43.588.955.227</b>	<b>47.968.241.496</b>	<b>4.379.286.269</b>



No dia 27 de setembro, Brasília amanheceu florida. Trata-se do movimento **PRIMAVERA DA SAÚDE** que mobilizou centenas de brasileiros diante do Congresso Nacional. Em ato simbólico, cidadãos vindos de todos os cantos do país caminharam com flores até o Palácio do Planalto, em mobilização para pedir mais recursos para a saúde. Mais informações, no site do movimento: [www.primaveradasaude.net.br](http://www.primaveradasaude.net.br) – Primavera da Saúde: “Semeando lutas para o florescimento do SUS!”

Foi publicada no dia 3 de outubro a Portaria GM 2.318, que redefine a estratégia para a ampliação do acesso aos **PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS**, que passará a contar com três componentes, com financiamento específico. Com essa estratégia, o Ministério da Saúde pretende aumentar o número de cirurgias eletivas no país e reduzir as filas no (SUS). Os estados brasileiros e Distrito Federal receberão adicional de R\$ 550 milhões para a realização desses procedimentos até o fim de 2012.

O Ministério da Saúde lançou em setembro a campanha nacional para incentivar a doação de órgãos em todo o país. Com o tema “**SEJA UM DOADOR DE ÓRGÃOS, SEJA UM DOADOR DE VIDAS**”, a campanha deste ano procura conscientizar os brasileiros sobre a importância da doação de órgãos para transplantes. Vale lembrar que o Brasil é referência internacional na realização de transplante por meio de uma rede pública de saúde.

No mês de setembro, mais uma parceria foi feita pelo CONASS. Trata-se do **ACORDO DE COOPERAÇÃO** entre o Conselho, a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) e o Centro de Excelência para o Desenvolvimento na Primeira Infância do Canadá (CEDPI). O objetivo é estimular uma colaboração tripartite a fim de melhorar a qualidade de vida e a saúde das crianças a partir da primeira infância. Uma das atividades decorrentes do Acordo é a ampliação da versão em Língua Portuguesa da Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância e sua disseminação no Brasil e no exterior. A partir desta cooperação, a versão em Português da Enciclopédia será ampliada e passará a contar com uma nova seção intitulada “Perspectivas Brasil”, na qual serão postados artigos científicos de pesquisadores brasileiros relacionados ao tema da Enciclopédia, propiciando uma contextualização sobre o estado da arte das evidências internacionais, além de contribuir para a ampliação da produção científica nacional dentro do Brasil e para o conjunto de países lusófonos. Acesse: [www.encyclopedia-crianca.com](http://www.encyclopedia-crianca.com)

Monumentos e prédios em todo o Brasil ficaram iluminados de rosa no mês de outubro como uma forma de chamar a atenção da sociedade para a luta contra o câncer de mama. Conhecida como **OUTUBRO ROSA**, a ação acontece no país desde 2008 e conta com o apoio do Instituto Nacional do Câncer. Tudo para aumentar o acesso das mulheres à prevenção e ao combate ao câncer de mama.

Mais Curtas podem ser acompanhadas nas Redes Sociais!



Siga  
[twitter.com/CONASSoficial](https://twitter.com/CONASSoficial)



Adicione  
[facebook.com/conassoficial](https://facebook.com/conassoficial)

# consensus

Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde

## PRESIDENTE

Beatriz Dobashi (MS)

## VICE-PRESIDENTES E ADJUNTOS

**Região Centro Oeste:** Rafael de Aguiar Barbosa (DF), Antônio Faleiros (GO); **Região Nordeste:** Raimundo José Arruda Bastos (CE), Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE); **Região Norte:** Wilson Duarte Alecrim (AM), Evandro Costa Gatma (AP); **Região Sudeste:** Antônio Jorge de Souza Marques (MG), José Tadeu Marino (ES); **Região Sul:** Michele Caputo Neto (PR), Ciro Carlos Emerim Simoni (RS).

## COMISSÃO FISCAL

**Titulares:** Leocádio Vasconcelos Filho (RR), Lilian de Almeida V. Nunes Martins (PI), Waldson Dias De Souza (PB); **Suplentes:** Antônio Carlos Guimarães S. Pinto (SE), Domício Arruda Câmara Sobrinho (RN)

## REPRESENTANTES DO CONASS

**na Hemobrás:** Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE); **na ANS:** Pedro Henry Neto (MT); **na Anvisa:** Dalmo Claro de Oliveira (Titular, SC), Viviane Rocha de Luiz (Suplente, assessora técnica do CONASS)

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

Alexandre de Melo Toledo (AL); Antônio Carlos dos S. Figueira (PE); Antonio Carlos G. Souza Pinto (SE); Antonio Faleiros (GO); Antônio Jorge de S. Marques (MG); Arnaldo Alves Nunes (TO); Beatriz Figueiredo Dobashi (MS); Ciro Carlos Emerim Simoni (RS); Dalmo Claro de Oliveira (SC); Domício Arruda (RN); Edilson Afonso Mendes Pereira (AP); Giovanni Guido Cerri (SP); Hélio Franco de Macedo Júnior (PA); Jorge José Santos Pereira Solla (BA); José Tadeu Marino (ES); Leocádio Vasconcelos Filho (RR); Lilian de Almeida V. N. Martins (PI); Michele Caputo Neto (PR); Orlando Ramires (RO); Pedro Henry Neto (MT); Rafael de Aguiar Barbosa (DF); Raimundo José Arruda Bastos (CE); Ricardo Murad (MA); Sérgio Luiz Côrtes (RJ); Suely de Souza Melo da Costa (AC); Waldson Dias de Souza (PB); Wilson Alecrim (AM)

## SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

O Consensus é uma publicação de distribuição gratuita do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores.

## CONSELHO EDITORIAL

Adriane Cruz, Fernando Cupertino, Gilson Cantarino, Jurandi Frutuoso, Ricardo F. Scotti, René Santos, Rita Cataneli e Tatiana Rosa

## JORNALISTA RESPONSÁVEL

Tatiana Rosa | RP 7653 DF

## PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda  
Thales Amorim

## DIAGRAMAÇÃO

Thales Amorim

## IMPRESSÃO

Gráfica Positiva

## TIRAGEM

11.000 exemplares

Capa foi impressa em papel Starmax brilho 80g/m² e miolo em papel Kromma Silk 70g/m². O projeto gráfico foi composto com as Famílias Tipográficas Proforma, Liga Sans LT Std e Frutiger LT Std.

## Opiniões, sugestões e pautas

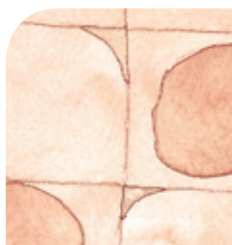
Assessoria de Comunicação Social  
E-mail: [ascom@conass.org.br](mailto:ascom@conass.org.br)

Ed. Terra Brasilis  
Setor de Autarquias Sul  
Quadra 1, Bloco N, Sala 1404  
CEP: 70070-010 – Brasília-DF



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE





# Sua participação vai fazer bem para a saúde.



## 14ª Conferência Nacional de Saúde

Brasília, DF - 30 de novembro a 04 de dezembro de 2011

**Tema: Todos usam o SUS! SUS na seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro.**

**Eixo: Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS.**

As principais políticas de saúde pública em vigor foram construídas a partir das últimas Conferências. Por isso é importante reunir todos aqueles que acreditam e lutam por um país onde impere a justiça social, a democracia e a participação popular na definição de políticas públicas. Vamos debater a política nacional de saúde segundo os princípios da integralidade, da universalidade e da equidade.

As conferências estaduais e municipais já começaram em todo o país.  
Somos muitos e juntos fazemos mais pela saúde do Povo Brasileiro.  
Participe!!!

Saiba mais em [www.conselho.saude.gov.br/14cns/](http://www.conselho.saude.gov.br/14cns/)