

# 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” (SCOREL; 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).
- SCOREL, S.; BLOCH, R.A. As Conferências Nacionais de Saúde na construção do SUS. *In*: LIMA, Nisia; GERSCHMAN, Sílvia; 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. ■