



As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas

Brasília 2009 – 1ª Edição

Equipe de Elaboração

ORGANIZAÇÃO

Armando Raggio

Elizabeth Barros

Paulo Henrique de Almeida Rodrigues

REVISÃO TÉCNICA

Armando Raggio

Jurandi Frutuoso

EDIÇÃO

Adriane Cruz

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas./ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009.

100 p. (CONASS Documenta; 18)

ISBN

Sistema de Saúde. I Conselho Nacional de Secretários de Saúde. II. As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas.

NLM WA 525

CDD – 20.ed. – 362.1068



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

PRESIDENTE

Osmar Terra (RS)

VICE-PRESIDENTES

Região Centro-Oeste

Augustinho Moro (MT)

Região Norte

Eugênio Pacelli (TO)

Região Sudeste

Sérgio Luiz Côrtes (RJ)

Região Sul

Gilberto Berguio Martin (PR)

VICE-PRESIDENTES ADJUNTOS

Região Centro-Oeste

Beatriz Dobashi (MS)

Região Sudeste

Anselmo Tozi (ES)

Região Sul

Luiz Eduardo Cherem (SC)

COMISSÃO FISCAL

Laura Rossetti (PA)

Luiz Eduardo Cherem (SC)

Milton Moreira (RO)

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Representantes do CONASS

Osmar Terra (RS)

Jurandi Frutuoso

Secretário Executivo

Armando Raggio

Secretaria Executiva

**CONSELHO CONSULTIVO DA AGÊNCIA
NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

Osmar Terra (RS)

Viviane Rocha de Luiz

Secretaria Executiva

**CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR DA
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

Marcus Pestana (MG)

Regina Nicoletti

Secretaria Executiva

DIRETORIAS EXTRAORDINÁRIAS

Financiamento

Marcus Pestana (MG)

Saneamento, Meio Ambiente e Saúde Indígena

Augustinho Moro (MT)

Mercosul

Beatriz Dobashi (MS)

Atenção Primária

João Ananias (CE)

Amazônia Legal

Eugênio Pacelli (TO)

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE

AGNALDO GOMES DA COSTA (AM)

ANSELMO TOZI (ES)

ASSIS CARVALHO (PI)

AUGUSTINHO MORO (MT)

AUGUSTO SILVEIRA DE CARVALHO (DF)

BEATRIZ FIGUEIREDO DOBASHI (MS)

EDMUNDO DA COSTA GOMES (MA)

EUGÊNIO PACELLI DE FREITAS COELHO (TO)

GEORGE ANTUNES DE OLIVEIRA (RN)

GILBERTO MARTIN (PR)

HERBERT MOTTA DE ALMEIDA (AL)

IRANI RIBEIRO DE MOURA (GO)

JOÃO ANANIAS VASCONCELOS NETO (CE)

JOÃO SOARES LYRA NETO (PE)

JORGE JOSÉ SANTOS PEREIRA SOLLA (BA)

JOSÉ MARIA DE FRANÇA (PB)

LAURA NAZARETH DE AZEVEDO ROSSETTI (PA)

LUIZ EDUARDO CHEREM (SC)

LUIZ ROBERTO BARRADAS BARATA (SP)

MARCUS VINÍCIUS CAETANO PESTANA DA SILVA (MG)

MILTON LUIZ MOREIRA (RO)

OSMAR TERRA (RS)

OSVALDO DE SOUZA LEAL JUNIOR (AC)

PEDRO PAULO DIAS DE CARVALHO (AP)

ROGÉRIO CARVALHO (SE)

SAMIR DE CASTRO HATEN (RR)

SÉRGIO LUIZ CÔRTES (RJ)

ÍNDICE

	08	Apresentação
Considerações Gerais	08	
	11	Aspectos históricos
	12	As conferências de saúde antes da Nova República
	16	A 8ª Conferência Nacional de Saúde
	19	As conferências de saúde na era do SUS
	23	Número crescente de resoluções e finalidades institucionais
Os movimentos sociais e as conferências	24	
Transformações no movimento social brasileiro	24	
Os movimentos sociais e o Estado	26	
A diversificação dos interesses na área da saúde	28	
O movimento sanitário e as conferências – afastamento?	29	
	30	Participação social: Conferências e conselhos de saúde
	30	A participação social pós-Constituição Federal 1988 – marco legal
	32	O papel das conferências nos diferentes níveis de governo
	34	O papel dos conselhos de saúde na incorporação de diretrizes das conferências às políticas de saúde

ÍNDICE

A 13ª Conferência Nacional de Saúde: um balanço

Organização e funcionamento

Principais resultados

Avaliação geral

40

40

42

48

49

Questões sobre o fortalecimento das conferências

Referências

53

Bibliográficas

53

Documentais

57

Anexo 1: Comissões do Conselho Nacional de Saúde

60

61

Anexo 2: Tema: “Regulamentação da EC n. 29 e CPMF” na 13ª Conferência Nacional de Saúde (Relatório consolidado x final)

63

Anexo 3: Tema: “Fundações públicas de direito privado” na 13ª Conferência Nacional de Saúde (Relatório consolidado x final)

ÍNDICE

Anexo 4: Tema: “Aborto” na 13ª Conferência Nacional de Saúde (Relatório consolidado x final)

66

68 Anexo 5: Tema: “Acesso a serviços de saúde” na 13ª Conferência Nacional de Saúde (Relatório consolidado x final)

68 Procedimentos de análise do tema “Acesso”

68 Regras

69 Dificuldades de categorização

97 Categorização das resoluções relativas ao “acesso à saúde”

Anexo 6: Proposta de pesquisa do perfil dos delegados

99

I. Apresentação

Este trabalho resulta de convênio firmado entre o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde em 2008. Foi elaborado pelos sociólogos Elizabeth Barros e Paulo Henrique de Almeida Rodrigues, contratados pelo Conselho para a realização da pesquisa e a redação do texto ora apresentado.

Ao fazer uma revisão da história dos mecanismos de participação social na área da saúde, evidencia o longo processo de acumulação de forças dos atores que resultou no desenho institucional do sistema público de saúde como hoje o conhecemos e que tornou o SUS modelo para o desenho de outras políticas públicas do país.

Esse olhar sobre a trajetória dos conselhos e conferências de saúde permitiu identificar os avanços e os desafios que foram enfrentados e os que ainda deverão ser encarados para que sejam cumpridos os objetivos a eles atribuídos, de orientar a política de saúde segundo os princípios definidos no texto constitucional, assegurando a todos os brasileiros o direito à saúde.

A compreensão desse processo é extremamente útil para iluminar a reflexão sobre os aperfeiçoamentos possíveis e desejáveis, de forma a tornar sempre mais efetivos os resultados da ampla participação e mobilização de forças já alcançada.

Essa reflexão se impõe a todos os que reconhecem o valor dessas conquistas. O fortalecimento dos espaços públicos de deliberação tem importância que transcende o setor saúde. São movimentos de consolidação dos valores republicanos e de aperfeiçoamento da democracia em nosso país.

2. Considerações Gerais

1. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social (ONU, 1948, art. XXV).

A conquista de direitos, no Brasil como em outras partes do mundo, é resultado de longos processos de construção em que diferentes atores sociais colocam na arena

política seus interesses e suas necessidades, diferentes e frequentemente conflitantes, em busca do reconhecimento social dos mesmos, expresso em constituições ou leis. Vieira aponta que:

a principal distinção entre a moderna linguagem dos direitos, que surge com as declarações e constituições do final do século XVIII, e os privilégios existentes no período medieval, é a idéia de **universalidade** e **reciprocidade** intrinsecamente ligada aos direitos (p. 3).

Por isso, ter um direito é ser beneficiário de deveres de outras pessoas ou do Estado. Esse processo ocorre em relação a interesses e necessidades de diferentes naturezas, que compõem âmbitos de exercício de cidadania. Cidadania implica o exercício simultâneo de três categorias de direitos: os direitos civis (liberdade pessoal, de ir e vir, de expressão, de pensamento, de religião); os direitos políticos (de associação, eleitorais) e os direitos sociais (condições de vida, trabalho, educação, saúde, assistência em situações de risco social).

Direitos civis, direitos políticos e direitos sociais se combinam para transformar pessoas em cidadãos. Na história da sociedade brasileira, marcada pelo autoritarismo e pela exclusão, a divisão entre "cidadãos" e "não cidadãos" sempre marcou as relações sociais. Foram muitas as lutas empreendidas para a universalização de direitos civis e políticos, pelo menos no plano do reconhecimento formal: direito ao voto, igualdade perante a lei, liberdade de ir e vir, liberdade de expressão, liberdade de crença. Em muitos casos, a ampliação desses direitos ocorreu de forma cumulativa e gradual. O direito ao voto é um bom exemplo: primeiro foi estendido aos não proprietários, depois às mulheres, aos analfabetos e, mais recentemente, aos menores entre dezesseis e dezoito anos.

Os direitos sociais, que se referem às condições de vida e ao acesso a bens e serviços reconhecidos pela sociedade como mínimos indispensáveis a uma vida digna, são de mais difícil implantação, dado seu caráter redistributivo. Ampliação de direitos sociais implica mudanças de valores e de práticas, redistribuição da riqueza socialmente gerada e redução de privilégios tornando-se, portanto, alvo de maiores resistências. Colocar no marco legal é apenas o primeiro passo; transformar a lei em realidade é resultado de profundas mudanças sociais, que alteram equilíbrios de poder e dependem da existência de sujeitos políticos capazes de promover essas mudanças.

Conquistar cidadania exige ação, exige **sujeitos** políticos e sociais. Sujeito é o ser que atua, que age, que participa das decisões que o afetam, que luta para determinar quais são os seus direitos e exigir o que for necessário para que possa usufruí-los. O auto-reconhecimento como portador de direitos é essencial para que haja o reconhecimento do direito pelos outros.

Participar do processo decisório e exercer controle sobre a implementação de políticas públicas são meios fundamentais para alcançar a realização de direitos sociais. Se a existência de direitos pressupõe que cada pessoa tenha que se reconhecer e reconhecer

o outro como portador de direitos, a participação social pressupõe a existência de **sujeitos coletivos**. São sujeitos coletivos os movimentos ou organizações que congregam o conjunto (ou uma parte expressiva) de pessoas de um grupo com interesses semelhantes – os moradores de um bairro, os usuários de um serviço, os trabalhadores de uma categoria ou de uma empresa – e atuam em defesa desses interesses. Essas organizações designam os representantes do grupo em foros de participação social.

A capacidade desses representantes de atuar com efetividade depende de quanto o grupo os reconheça e lhes confira o apoio e a sustentação política necessária para enfrentar os embates, isto é, do quanto sejam portadores de **representatividade** e de **legitimidade**. São essas qualidades que conferem poder às pessoas que participam, como representantes de interesses ou necessidades, de processos decisórios. Em sua ausência, abrem-se condições para processos de cooptação e para a fragilidade nas negociações quando se explicitam os conflitos de interesse. Essa participação qualificada permite romper com a lógica de ação do Estado orientada por interesses particulares de grupos hegemônicos e assegurar que o interesse da coletividade (o real interesse público) prevaleça.

A participação social permite que a sociedade exerça o controle sobre as condições que determinam o exercício dos direitos. A expressão “controle social” designa o conjunto de ações de vigilância sobre o exercício dos direitos de cidadania, referindo-se às diferentes esferas que podem interferir sobre os mesmos: estado, organizações da sociedade civil, instituições da esfera privada; relações interpessoais. Não obstante, no Brasil tem sido mais utilizada em sentido mais estrito, referindo-se fundamentalmente a participação no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado.

A Constituição de 1988 representa um marco em termos de reconhecimento de direitos sociais no Brasil. Em seu artigo 6º estabelece como direitos sociais dos brasileiros “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a assistência aos desamparados”. Nos vinte anos decorridos desde sua promulgação é inegável a expansão do acesso a esses direitos. Mas também é clara a necessidade de muita luta para que efetivamente se tornem universais.

Um dos avanços mais importantes ocorreu na área da saúde. Há razões para isso. O movimento social que alcançou a inscrição do direito à saúde mobilizou ampla gama de atores, envolvendo especialistas, acadêmicos, sindicalistas, movimentos de bairro, associações de moradores, políticos, profissionais de saúde, em torno de reivindicação clara: a saúde como direito universal. Também era clara a atribuição do dever correspondente. Caberia ao Estado garantir as condições para o exercício desse direito.

Em torno disso foi construída uma proposta consistente, do ponto de vista doutrinário e estratégico, para o texto constitucional e para a legislação regulamentadora. Integralidade da atenção, unificação do sistema de saúde, descentralização e participação social foram algumas das importantes dimensões da proposta que foram incorporadas

ao marco legal. Em torno delas se fortaleceu e se ampliou o movimento social, com a crescente incorporação de novos atores no processo de luta por sua implantação. E, por suas conquistas inegáveis em termos de expansão do acesso a ações e serviços de saúde e de inclusão social, a área da saúde é considerada por muitos analistas como exemplar no que se refere à constituição de políticas públicas universais no país. O que a distingue é a combinação de ampla expansão de cobertura a um rico processo de negociação entre gestores das três esferas de governo e a extensa democratização do processo decisório, por meio de mecanismos de participação e controle social que estimularam o envolvimento dos sujeitos sociais.

Conferências e conselhos de saúde são, hoje, os principais espaços para o exercício da participação e do controle social sobre a implementação da política de saúde em todas as esferas de governo. Nesse processo, os avanços são significativos, ainda que seja possível identificar a permanência de muitas fragilidades e a necessidade de superação de práticas clientelistas ou corporativas que subsistem em muitas situações.

Muito do que se conquistou está associado ao envolvimento de amplos setores sociais na formulação e nas lutas pela reforma do sistema de saúde do país. Esse respaldo popular, que confere legitimidade ao Sistema Único de Saúde (SUS) desde sua origem, tem sido reafirmado em todas as conferências de saúde realizadas nas últimas duas décadas, reunindo milhares de cidadãos no processo de identificação de prioridades e estabelecimento de diretrizes para o sistema de saúde do país (Lei n. 8.142, art. 1º § 1º). Um olhar retrospectivo sobre a história das conferências de saúde permite observar que nem sempre foi assim.

3. Aspectos históricos

As conferências de saúde têm longa história. Foram instituídas em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas, as conferências nacionais de educação e de saúde como mecanismo do governo federal articular-se e conhecer ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de educação e saúde. Foram estabelecidas pela Lei n. 378, de 13/01/1937, que reorganizou o Ministério da Educação e Saúde (PINHEIRO; WESTPHAL; AKERMAN, 2005, p. 451). Eram espaços estritamente intergovernamentais, de que participavam autoridades do então Ministério da Educação e Saúde e autoridades setoriais dos estados e do território do Acre. Estavam previstas para serem realizadas a cada dois anos, mas, apenas em janeiro de 1941, foram convocadas. Desde então, foram realizadas 13 conferências nacionais de saúde, como mostra o Quadro 1, a seguir.

Quadro 1: Conferências nacionais de saúde, ministros e presidentes da República, 1941/2007

Conferência	Data	Ministro da Saúde	Presidente da República
1ª	06/1941	Gustavo Capanema	Getúlio Vargas
2ª *	12/1950**	Pedro Calmon M. de Bittencourt *** ¹	Eurico Gaspar Dutra
3ª	06/1963	Wilson Fadul	João Belchior Goulart
4ª	08-09/1967	Leonel Tavares Miranda de Albuquerque	Arthur da Costa e Silva
5ª	08/1975	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel
6ª	08/1977	Paulo de Almeida Machado	Ernesto Geisel
7ª	03/1980	Waldyr Mendes Arcoverde	João Batista Figueiredo
8ª	03/1986	Roberto Figueira Santos	José Sarney
9ª	08/1992	Adib Domingos Jatene	Fernando Collor de Mello
10ª	09/1996	Adib Domingos Jatene	Fernando Henrique Cardoso
11ª	12/2000	José Serra	Fernando Henrique Cardoso
12ª	12/2003	Humberto Sérgio Costa Lima	Luís Inácio Lula da Silva
13ª	11/2007	José Gomes Temporão	Luís Inácio Lula da Silva

Segundo o Ministério da Saúde, não há registros formais da 2ª CNS, não havendo relatório da mesma. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1118>. (Acesso em: 14 jan. 2008).

** Fonte: Lima e Pinto (2003, p. 1049).

*** Fonte: Disponível em <<http://www.duplipensar.net/dossies/historia-das-eleicoes/presidente-gaspar-dutra.html>>.

3.1 As conferências de saúde antes da Nova República

A 1ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em novembro de 1941, por proposição de Gustavo Capanema. O decreto de convocação estabelecia que seu objetivo seria

[...] ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência, mas de modo especial dos seguintes: a) Organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência." Um temário nitidamente relativo à gestão e administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía [] (MINISTÉRIO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE, 1941).

Realizou-se num período em que os setores de educação e saúde eram de responsabilidade de um mesmo Ministério de Educação e Saúde (MES). As conferências subsequentes refletiram também os momentos históricos. Apesar da determinação legal de convocação a cada dois anos, a 2ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada apenas em 1950, no final do governo Dutra, e pouca informação sobre ela está disponível. Sob a administração do ministro Pedro Calmon, foi realizada no período de 21/11 a 12/12 de 1950. Com um temário destinado a analisar "Pontos de vista dominantes entre os Sani-

taristas”, pretendia construir uma compreensão sobre os problemas sanitários compartilhada entre os gestores estaduais e os do nível federal.

A 2ª conferência tratou de temas como malária, segurança do trabalho, condições de prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes. Não há relatório conhecido da 2ª conferência. O início da década de cinquenta foi um período de importantes mudanças institucionais. Em 25 de julho de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, iniciativa mais voltada a separar os dois setores (saúde e educação) do que a promover a resolução dos problemas sanitários do país. A definição das “Normas Gerais sobre Defesa e Proteção da Saúde”, com a aprovação da Lei n. 2.312, de 03/09/54, constituiu um dos pontos fundamentais da Política Sanitária daquela época, cuja regulamentação, em 21/01/61, instituiu o Código Nacional de Saúde. Essa foi, talvez, a primeira tentativa de organização de um sistema de saúde nacional.

Somente em julho de 1963, treze anos após a realização da 2ª conferência, foi convocada pelo presidente João Goulart a 3ª Conferência Nacional de Saúde. Seus integrantes eram ainda representantes do governo federal e dos estados e território, mas significou uma primeira ampliação dos atores participantes: estabeleceu que os dirigentes dos estados poderiam “[...] fazer-se acompanhar de assessores técnicos em todos os trabalhos [...]” (SAÚDE, 1963). Seu temário também expressava uma nova orientação, direcionada à análise da situação sanitária e à reorganização do sistema de saúde, com propostas de descentralização e de redefinição dos papéis das esferas de governo, além de proposição de um plano nacional de saúde. O golpe militar de 1964 inviabilizou a implementação das medidas propostas pela 3ª conferência, mas suas deliberações alimentaram muitos dos debates realizados por movimentos sociais a partir da década dos setenta.

A 4ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, bem como as três subsequentes, realizadas durante o regime militar, retomaram o caráter de espaço de debate técnico, com a participação de especialistas nos temas debatidos e das autoridades do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência Social e Assistência Social (MPAS) e dos estados e territórios. Foi convocada por meio do Decreto n. 58.266, de 27/04/66, e presidida pelo ministro Leonel Miranda, a 4ª conferência debateu o tema “Recursos Humanos para as atividades de Saúde”, focalizando a identificação das necessidades de formação de recursos humanos e as responsabilidades do Ministério da Saúde e das instituições de ensino superior da área na capacitação de profissionais e no desenvolvimento da política de saúde. Contou ainda com um painel internacional sobre a política e realizações da Organização Pan-americana de Saúde (Opas) e as experiências sanitárias da Venezuela e da Colômbia.

A 5ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em agosto de 1975, durante o governo de Ernesto Geisel, foi convocada pelo Decreto n. 52.301, de 27/07/63 e presidida pelo ministro da Saúde Paulo de Almeida Machado e dedicou-se a discutir cinco temas. O primeiro deles era a implementação da Lei n. 6.229/75, que havia sido aprovada em

julho do mesmo ano, criando o Sistema Nacional de Saúde e distribuindo as atribuições entre o Ministério da Saúde (responsável pelas ações coletivas de saúde pública) e o sistema de assistência médica previdenciário, (responsável por ações de assistência à saúde individual). Também foram discutidas estratégias e mecanismos de implementação do programa de Saúde Materno-Infantil, do Programa de Controle de Grandes Endemias e do Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais, além da implantação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Além das autoridades e técnicos setoriais, a conferência teve a participação de membros do Conselho de Desenvolvimento Social, composto por representantes de todos os ministérios da área social então existentes, além dos de Planejamento e Fazenda (Decreto n. 91.982, de 25/11/85). A principal contribuição da 5ª conferência foram as propostas de organização do Sistema Nacional de Saúde.

Realizada dois anos depois, em agosto de 1977, a 6ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto n. 79.318 de 01/03/77, também teve seu temário direcionado à avaliação e análise de estratégias de implantação de programas governamentais: A situação atual do controle das grandes endemias, a aperoacionalização de novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde, e o Programa Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde (Piass). O que a distinguiu foi a reintrodução de um debate sobre a necessidade de uma Política Nacional de Saúde, compreendida como um **“corpo de doutrina para fins operacionais que deve ter um reconhecimento dos poderes públicos constituídos, devendo ser legitimado pela população como um todo ou pelos seus representantes e lideranças”** (BRASIL, 1977, grifos nossos). Já se anunciavam, nessa formulação, algumas das demandas sociais relacionadas à democratização de processos decisórios, que começavam a se expandir nesse período.

A 7ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto n. 84.106, de 2/09/79, foi realizada em 1980, já no governo de João Batista Figueiredo e presidida pelo ministro Waldir Mendes Arcoverde. Reuniu 402 participantes, a maioria representando órgãos públicos, em torno do tema **“A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”**. Embora o temário contemplasse temas como articulação inter-setorial, recursos humanos, financiamento, participação comunitária e outros, o eixo dos debates foi a formulação e implantação de um Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que propunha a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde à população, com a criação de uma rede básica de saúde de cobertura universal. Também foi objeto de discussão uma proposta do então presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) de se criar um seguro-saúde, uma contribuição previdenciária adicional destinada a financiar a instituição. O discurso do presidente Figueiredo na abertura da conferência continha a seguinte afirmação, que já se apropriava do debate em curso:

Meu governo considera o direito à saúde um corolário natural do direito à vida. O dever do Estado de prover as populações com meios adequados à promoção da saúde e à prevenção da doença – antes que à reabilitação do doente – corresponde, com igual conspicuidade, àquele direito (BRASIL, 1980, p. 15, grifos nossos).

Também merece destaque o fato de que o relatório da conferência, em suas conclusões, faça referência a que:

[...] embora, por motivos circunstanciais, não tenham sido convocados determinados grupos sociais – como por exemplo os usuários dos serviços de saúde [grifos nossos] os participantes estiveram de acordo em que a população brasileira, destinatário final das ações do programa (de extensão de cobertura) ainda não participa de seu processo decisório, devendo porém fazê-lo na medida em que for levada a se incorporar à prática das ações ao mesmo inerentes, desse modo podendo representar fator determinante para que alcance suas finalidades (Idem, p. 216).

Esses registros parecem refletir um reconhecimento do movimento social que se fortalecia nesse período em torno da reivindicação de reformas mais profundas do sistema de saúde. Em outubro de 1979 havia sido realizado o 1º Simpósio Nacional de Política de Saúde, pela Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, marco expressivo do Movimento Sanitário. Nesse evento, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (Cebes) apresentou e discutiu sua proposta de reorientação do sistema de saúde, em documento intitulado “A Questão Democrática na Área de Saúde”, que foi acatada em todos os grupos de trabalho e integrou o relatório final do evento.

A 7ª Conferência Nacional de Saúde, última das realizadas durante o regime militar, ainda que nos mesmos moldes das anteriores, já anunciava a necessidade de mudanças tanto no sistema de saúde quanto nas conferências de saúde, que só viriam a se concretizar após o início do processo de redemocratização do país. O sistema de saúde centralizado, fragmentado institucionalmente, com permanente descontinuidade administrativa, verticalizado e excludente que se havia consolidado nas décadas anteriores não respondia às necessidades expressas por amplos setores da sociedade e o processo decisório fechado no espaço governamental era fortemente contestado pelo movimento social que se organizara em torno do setor.

O Quadro 2, a seguir, apresenta os temas debatidos pelas primeiras conferências nacionais de saúde.

Quadro 2: Conferências nacionais de saúde até o SUS – temas

Conferência	Ano	Temas
1 ^a	1941	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organização sanitária estadual e municipal. 2. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose. 3. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento. 4. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
2 ^a	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho.
3 ^a	1963	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situação sanitária da população brasileira. 2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal. 3. Municipalização dos serviços de saúde. 4. Fixação de um plano nacional de saúde.
4 ^a	1967	Recursos humanos para as atividades de saúde.
5 ^a	1975	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implementação do Sistema Nacional de Saúde. 2. Programa de Saúde Materno-Infantil. 3. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. 4. Programa de Controle das Grandes Endemias. 5. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais.
6 ^a	1977	<ol style="list-style-type: none"> 1. Situação atual do controle das grandes endemias. 2. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo nacional em matéria de saúde. 3. Interiorização dos serviços de saúde. 4. Política Nacional de Saúde.
7 ^a	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos.

Fonte: Relatórios da 1^a a 7^a conferência.

3.2 A 8^a Conferência Nacional de Saúde

A 8^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, já no período da Nova República, marca o momento em que as mudanças ganham contornos claros, ao ampliar o espectro de atores envolvidos e explicitar em seu relatório as diretrizes para a reorganização do sistema. Convocada pelo ministro Carlos Santanna (Decreto n. 91.466, de 23/07/85) e realizada sob a gestão de Roberto Figueira Santos, teve sua Comissão Organizadora presidida por Sergio Arouca, uma das principais lideranças do Movimento

da Reforma Sanitária. O temário da conferência era composto pelos seguintes itens: 1) saúde como direito; 2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3) financiamento do setor.

Um amplo processo de mobilização social, que articulou representação de diferentes segmentos e estimulou a realização de pré-conferências nos estados, permitiu a reunião de cerca de quatro mil pessoas em Brasília, dos quais mil eram delegados com direito a voz e voto, para discutir os rumos do sistema de saúde. O núcleo mais “militante” das proposições da 8ª conferência é a resolução de número 13, do tema 1, que propunha:

[...] ampla mobilização popular para garantir [...] que se inscrevam na futura Constituição:

A caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais;

A garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde ...

A caracterização dos serviços de saúde como públicos e essenciais (BRASIL, 1986).

Ela apresentava os objetivos políticos da conferência em relação à Constituinte, que foram alcançados no texto da Constituição, com redação muito semelhante, e num sentido até mais abrangente

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Idem, art. 196).

São de relevância pública as ações e serviços de saúde... (Idem, art. 197).

Como resultado dos debates, o relatório da 8ª conferência explicitou as diretrizes para a reorganização do sistema e estabeleceu que a mesma deveria

[...] resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária (Idem, Resolução 1, do tema 2).

Os princípios que deveriam orientar a organização e operação do novo sistema também foram detalhados:

[...] O novo Sistema Nacional de Saúde deverá reger-se pelos seguintes princípios:

a) referente à organização dos serviços:

Descentralização na gestão dos serviços;
Integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativo;
Unidade na condução das políticas setoriais;
Regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços;
Participação da população (...);
Fortalecimento do papel do município;
Introdução de práticas alternativas de assistência (...)

b) atinentes às condições de acesso e qualidade
Universalização em relação à cobertura populacional, a começar pelas áreas carentes ou totalmente desassistidas;
Equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção;
Atendimento oportuno segundo as necessidades;
Respeito à dignidade dos usuários por parte dos servidores e prestadores de serviços de saúde, como um claro dever e compromisso com a sua função pública;
Atendimento de qualidade compatível com o estágio de desenvolvimento do conhecimento e com recursos disponíveis;
Direito de acompanhamento a doentes internados, especialmente crianças;
Direito à assistência psicológica (Idem, Tema 2, p. 18-19).

As proposições incluíram ainda a definição de responsabilidades da União, estados e municípios na gestão do sistema de saúde, que deveriam estar fundamentadas “no caráter federativo da nossa República de tal modo a romper com a centralização que esvaziou, nas décadas recentes, o poder e as funções próprias das unidades federadas e de seus municípios” (Brasil, Tema 2, p. 20). Preconizava também a “progressiva estatização do setor” e o rigoroso controle sobre a qualidade dos serviços prestados pelos provedores privados contratados.

Essas recomendações orientaram o trabalho da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), que reuniu pelo lado do governo representantes de sete ministérios: Saúde (MS), Previdência e Assistência Social (MPAS/Inamps), Trabalho (MTb), Desenvolvimento Urbano (MDU), Planejamento (Seplan), Ciência e Tecnologia (MCT), Educação e Cultura (MEC/SESU); além dos Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS); e de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e de representantes das comissões de saúde do Senado e da Câmara. A comissão reuniu, ainda, as seguintes representações: confederações de trabalhadores da indústria, de serviços e da agricultura (CUT, CGT e Contag); de federações sindicais e associações de profissionais de saúde, especialmente a Federação Nacional dos Médicos (FNM) e Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn); de movimentos sociais (Conam); de confederações patronais, como as Confederações Nacionais da Indústria (CNI), da Agricultura (CNA) e do Comércio (CNC); de associações de classe de provedores do setor privado, como a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e a Confederação das Santas Casas de Misericórdia do Brasil (CMB).

O objetivo da Comissão era o de elaborar propostas tanto para os dispositivos constitucionais quanto para a legislação posterior, que os regulamentaria. A ampla legiti-

midade conquistada ao longo do processo de mobilização em torno da Reforma Sanitária aliada à capacidade de elaborar propostas foram fatores cruciais para que o texto constitucional aprovado em 1988, assim como a Lei Orgânica da Saúde (Leis n. 8080/90 e n. 8142/90), contemplassem a maior parte das proposições da 8ª CNS e da CNRS.

3.3 As conferências de saúde na era do SUS

Depois de iniciada a Reforma Sanitária, a Lei n. 8.142, de 28 de novembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), estabeleceu que cada esfera de governo, além de organizar e manter conselhos de saúde teria de realizar conferências (art. 1º, caput) com periodicidade de quatro anos para suas reuniões. A primeira a se realizar a partir da lei foi a 9ª Conferência Nacional de Saúde (1992), obedecendo-se a partir desta o intervalo de quatro anos, com exceção da 12ª convocada em 2003, apenas três anos depois da anterior.

Segundo Escorel e Bloch (Apud LIMA et al., 2005), a 9ª Conferência Nacional de Saúde “[...] deveria ser realizada em princípio de 1990, mas só ocorreu [...] em agosto de 1992” (idem, p. 101), por conta de diversos adiamentos promovidos pelo governo Collor de Mello. No relatório da 9ª conferência há diversas referências às conferências de saúde e um tópico do tema Controle Social (6.3), sobre as mesmas, defendendo que estas sejam “fóruns para a definição das regras para formação, funcionamento, mandato e mecanismo de escolha de representantes dos diferentes segmentos que integram os conselhos” (Idem, p. 87).

A 9ª conferência, convocada pelo Decreto n. 99.045, de 07/03/90, foi realizada em 1992, tendo por tema central: “Municipalização é o caminho” e como temas específicos: 1) Sociedade, governo e saúde (com subtema: seguridade social); 2) Implementação do SUS; 3) Controle social e 4) Outras deliberações e recomendações. Contou com a participação de “quase 3.000 delegados e participantes credenciados e mais de 1.500 observadores” (Ministério da Saúde, Relatório da Conferência, p. 13). Os debates foram travados em 135 grupos de trabalho. Foram apresentadas 253 deliberações e recomendações relativas aos quatro temas tratados.

As principais contribuições da 9ª conferência para a Política Nacional de Saúde foram, com certeza: a descentralização – defesa dos municípios como atores no cenário setorial; a defesa das conferências estaduais e municipais como preparatórias à nacional, fortalecendo os mecanismos de participação social no SUS; mobilização nacional em torno da questão do financiamento; e a proposta de extinção do Inamps – que ocorreu no ano seguinte.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto n. 1.727, de 04/12/95, foi realizada em 1996, tendo por temas: 1) Saúde, cidadania e políticas públicas; 2) Gestão e organização dos serviços de saúde; 3) Controle social na saúde; 4) Financiamento da saúde; 5) Recursos humanos para a saúde; e 6) Atenção integral à saúde.

Contou com a participação de “1.260 delegados [...] 351 convidados e 1.341 observadores” (BRASIL, 1992, p. 11). Foram apresentadas 362 resoluções relativas aos seis temas tratados. Os participantes da 10ª conferência manifestaram desavença com o Ministério da Saúde em relação à publicação da portaria relativa à Norma Operacional n. 01/06, pelo fato do seu conteúdo não ter sido negociado previamente. A portaria foi publicada

[...] exatamente no dia da abertura da X Conferência Nacional de Saúde (2/9/96), sem validação naquela instância colegiada de representação social. A iniciativa custou ao MS uma enérgica repreensão da plenária da Conferência, registrada em carta com incisiva determinação para a sua revisão (PELLEGRINI, 2007, p. 327).

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo Decreto n. 8.985, de 28/12/90, foi realizada em 2000. Teve por tema central: “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” e por subtemas: 1) Controle social; 2) Financiamento da atenção à saúde no Brasil, desdobrado em: 2.1) Fontes complementares; 2.2) Critérios para repasse de recursos federais e o papel redistributivo dos governos federal e estadual no financiamento da saúde; 2.3) Alocação de recursos para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento; 2.4) Mecanismos e formas de remuneração de prestadores para garantir acesso, qualidade e humanização do atendimento; 2.5) Gestão de recursos: atendendo às necessidades sociais e avaliando resultados; 2.6) Relações de responsabilidade entre os gestores do SUS para a garantia do acesso, qualidade e humanização; 3) Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social, desdobrado em: 3.1) Determinantes das condições de saúde e problemas prioritários no país; 3.2) Diretrizes para modelos de atenção e gestão do SUS; 3.3) Fortalecimento dos princípios do SUS: o caráter público, a integralidade, a equidade e a humanização; 3.4) Fortalecimento dos princípios organizacionais do SUS e seus mecanismos de gestão: descentralização, regionalização e hierarquização; 3.5) Organização da atenção à saúde; 3.6) Políticas específicas; 4) Recursos humanos, incluindo: 4.1) Política nacional de recursos humanos para o SUS; 4.2) Relações de trabalho; 4.3) Desenvolvimento de trabalhadores em saúde; 4.4) Formação de pessoal para a saúde; 4.5) Processos de educação para o SUS; e 5) Políticas de informação, educação e comunicação (IEC) no SUS. Contou com a participação de 2.500 delegados, Os debates foram travados em 180 grupos de trabalho, tendo sido apresentadas 296 proposições relativas aos 22 subtemas tratados (Brasil, CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2001, p. 9).

A 12ª Conferência Nacional de Saúde Nacional, convocada pelo Decreto n. 9.872, de 05/05/90, foi realizada em 2003, tendo por tema central: “Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos”, com dez eixos temáticos específicos (ver Quadro 3). Contou com a participação de “mais de 4.000 cidadãos”

(BRASIL, 2004, p. 15), sendo precedida por cerca de 3.100 conferências municipais e 27 estaduais (DOMINGUEZ, 2007, p. 13). Os debates foram travados em 135 grupos de trabalho. Foram apresentadas 723 diretrizes relativas aos 10 eixos temáticos tratados, além de 90 moções de caráter geral. O relatório da 12ª conferência teria levado um ano para ser publicado (Idem, p. 11).

A 13ª Conferência Nacional de Saúde, convocada por Decreto Presidencial de 10/05/07 (não numerado), foi precedida por 4.413 conferências municipais e 27 estaduais, contou com 3.068 delegados, 302 observadores e 210 convidados (Idem, p. 10) e organizada pelo Conselho Nacional de Saúde com apoio, inclusive financeiro, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A conferência teve como tema central: "Saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento", e seus debates foram organizados em torno dos seguintes eixos temáticos: 1) Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento; 2) Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde; e 3) A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.

Os debates em torno desses eixos temáticos geraram 691 resoluções e 157 moções. Segundo o regimento da conferência, esta tinha os seguintes objetivos: I) avaliar a situação da saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) previstos na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde; II) definir diretrizes para a plena garantia da saúde como direito fundamental do ser humano e como política de Estado, condicionada e condicionante do desenvolvimento humano, econômico e social; III) definir diretrizes que possibilitem o fortalecimento da participação social na perspectiva da plena garantia da implementação do SUS (CNS, 2007). Os participantes discutiram todos os eixos temáticos. Foi coordenada pelo presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Francisco Batista Júnior e teve como secretário-geral Clóvis Adalberto Bouffleur, representante da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) no CNS.

Quadro 3: Conferências nacionais de saúde depois da Nova República – temas

Conferência	Ano	Temas	
8ª	1986	1) Saúde como direito. 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde.	3) Financiamento do setor.
9ª	1992	Tema central: Municipalização é o caminho. Temas específicos:	
		1) Sociedade, governo e saúde. 2) Implantações do SUS.	1) Controle social. 2) Outras deliberações e recomendações.
10ª	1996	1) Saúde, cidadania e políticas públicas. 2) Gestão e organização dos serviços de saúde.	3) Controle social na saúde. 4) Financiamento da saúde. 5) Recursos humanos para a saúde. 6) Atenção integral à saúde.
11ª	2000	Tema central: Efetivando o SUS – Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.	
		1) Controle social. 2) Financiamento da atenção à saúde no Brasil. 3) Modelo assistencial e de gestão para garantir acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social.	4) Recursos humanos. 5) Políticas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) no SUS.
12ª	2003	Tema central: Saúde direito de todos e dever do Estado, o SUS que temos e o SUS que queremos. Eixos temáticos:	
		1) Direito à saúde. 2) A Seguridade Social e a saúde. 3) A intersetorialidade das ações de saúde. 4) As três esferas de governo e a construção do SUS. 5) A organização da atenção à saúde.	6) Controle social e gestão participativa. 7) O trabalho na saúde. 8) Ciência e tecnologia e a saúde. 9) O financiamento da saúde. 10) Comunicação e informação em saúde.
13ª	2007	Tema central: Saúde e qualidade de vida, políticas de estado e desenvolvimento Eixos temáticos:	
		1) Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, sociedade e padrões de desenvolvimento.	2) Políticas públicas para a saúde e qualidade de vida: o SUS na Seguridade Social e o pacto pela saúde. 3) A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

Fonte: Relatórios da 8ª a 13ª conferência.

O Quadro 3, acima, apresenta os temas debatidos pelas conferências depois de consolidado o processo de debate sobre a reorganização do sistema de saúde (8ª conferência) que culminou com a criação do SUS e as que ocorreram após a criação do sistema.

3.4 Número crescente de resoluções e finalidades institucionais

As conferências, ao crescerem de importância e de complexidade na sua composição, vêm produzindo um número cada vez maior de resoluções (ver Tabela 1, a seguir). O número de resoluções aprovadas por conferência não parou de subir após a 8ª conferência. As mais produtivas em resoluções foram as duas últimas.

Tabela 1: Número de temas ou eixos temáticos e de recomendações ou resoluções das conferências nacionais de saúde

Conferência	Temas ou eixos temáticos	
	Nº	Recomendações ou resoluções
1ª	4	-
2ª	1	-
3ª	4	31
4ª	1	-
5ª	5	79
6ª	4	54
7ª	1	139
8ª	3	49
9ª	3	253
10ª	6	362
11ª	5	296
12ª	12	713
13ª	3	857

Fonte: Relatórios da 1ª a 13ª conferência.

Se tais números refletem, por um lado, a complexidade crescente da sociedade e dos interesses presentes nas conferências, eles podem revelar, por outro, as possíveis perdas de substância das propostas aprovadas e a inexecutabilidade de tantas resoluções. É interessante, ainda, contrastar o número de resoluções das duas últimas conferências com o da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cuja importância histórica foi indiscutivelmente maior e cujas resoluções tiveram um impacto profundo sobre a política nacional de saúde. Essa crescente pulverização das deliberações, que abrangem praticamente todo o espectro de ações implementadas pelo sistema, torna difícil a identificação das diretrizes que devem orientar a política de saúde e não permite identificar as prioridades. Afinal,

as conferências foram definidas como instâncias colegiadas para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” (BRASIL, 1990a, art 1º).

4. Os movimentos sociais e as conferências

Desde os anos 1970, quando se gerou e desenvolveu a luta pela reforma sanitária que resultou no SUS até a realização da 13ª conferência, ocorreu uma profunda modificação no movimento social brasileiro. Essa modificação se deu não só aqui, mas, em todo o mundo, porém, existem características próprias no nosso país que ainda são pouco discutidas pela literatura da área e precisam ser apontadas e levadas em consideração nesta análise. Em linhas gerais, pode-se dizer que a natureza básica da mudança é a diversificação crescente dos movimentos sociais e de suas demandas, fenômeno relativamente recente na história, mas de significado novo, importante e que influencia a organização e o funcionamento dos conselhos e conferências de saúde. Neste item levantamos algumas questões que nos parecem merecer a atenção dos interessados no fortalecimento dos mecanismos de participação social na política de saúde.

4.1 Transformações no movimento social brasileiro

Até os anos 1960/70 em todo o mundo e no Brasil, inclusive, o núcleo principal dos movimentos sociais eram os partidos de esquerda e o movimento sindical, os primeiros divididos em geral em duas correntes principais: comunistas e social-democratas, com suas respectivas projeções na área sindical. No Brasil, até o golpe militar de 1964 e mesmo até os anos setenta, as principais organizações de esquerda também eram os comunistas – representados principalmente pelo Partido Comunista Brasileiro (PCB) – e os social-democratas – aqui representados principalmente pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Essas correntes também eram majoritárias entre o movimento sindical. Hoje, no Brasil, são outros os partidos que representam as correntes de esquerda, e aqui e no mundo o movimento sindical tem um peso relativamente menor do que no passado e surgiram diversos movimentos sociais em torno de interesses variados e específicos, que se organizam e se expressam de forma totalmente nova, que vem sendo denominados de “novos movimentos sociais” (GOHN, 2000).

Quando o chamado movimento sanitário começou a surgir e se desenvolver a partir de meados dos anos 1970, a ditadura militar havia derrotado militarmente as correntes da esquerda que haviam se afastado do PCB e abraçado a luta armada contra o regime e assestava golpes contundentes nas duas principais correntes de esquerda. O

PCB, apesar de se ter mantido fiel à sua linha de resistência democrática ao regime, foi violentamente agredido pela Operação Radar desfechada pelos governos Médici (final) e Geisel a partir de fevereiro de 1974, durando mais de dois anos e que resultou no assassinato de 12 dirigentes e na prisão de mais de 600 militantes (MIR, 2007, p. 321-323; GORENDER, 1987, p. 232-233). Este golpe na principal organização comunista foi devastador, comprometendo muito sua capacidade de ação no futuro, embora o PCB ainda tenha tido fôlego para desempenhar um dos papéis centrais, senão o papel central na Reforma Sanitária do final dos anos 1980 (COHN, 2008, p. 2022; ESCOREL, 1998).

O golpe definitivo no PTB se deu quando no retorno de Brizola ao Brasil depois da anistia (1979) e incensado pelo reconhecimento da Internacional Socialista como o seu principal porta-voz na oposição brasileira, a ditadura militar manobrou para entregar à Ivete Vargas a sigla do PTB (SCHMITT, 2000). Isto se deu logo após a promulgação da Nova Lei Orgânica dos Partidos (Lei n. 6.767, de 20/12/1979), obrigando os seguidores de Brizola a se organizarem em nova e desconhecida sigla (PDT – Partido Democrático Trabalhista) que não guardava qualquer relação com o importante passado político do grupo (MIR, 2007, p. 333; AQUINO; VIEIRA; ROEDEL, 2002, p. 773).

Enfraquecidas as principais correntes históricas da esquerda brasileira, fortaleceu-se o Partido dos Trabalhadores (PT), criado em 1979, cuja base social era muito diferente dos dois partidos que lideravam até então a esquerda brasileira. O PT, embora tenha atraído na sua trajetória diversos ex-militantes tanto de organizações comunistas como social-democratas, tem sua base social principalmente nas comunidades eclesiais de base da igreja católica e nos trabalhadores do ABC paulista que se reorganizaram a partir da segunda metade dos anos 1970, quando suas lideranças históricas vinculadas ao comunismo e ao trabalhismo já não tinham influência decisiva na região. Pode-se dizer que, do ponto de vista dos partidos de esquerda, o movimento social brasileiro sofreu uma profunda ruptura com seu passado histórico, operada por manobras da ditadura militar em sua fase terminal.

No movimento sindical o processo se deu de forma muito parecida. O enfraquecimento dos comunistas e trabalhistas acabou gerando um vazio político que veio a ser preenchido por lideranças ligadas à igreja católica e principalmente ao PT. Tanto a denominação da principal central sindical atualmente (Central Única dos Trabalhadores – CUT), quanto uma de suas principais bandeiras – a pluralidade sindical, contra o antigo princípio da unicidade sindical, caro tanto aos comunistas quanto aos trabalhistas – são demonstrativos claros da ruptura histórica.

A transformação ocorrida em relação aos partidos de esquerda e ao movimento sindical foi acompanhada por uma enorme diversificação dos movimentos sociais brasileiros, que guarda semelhança com o que vem ocorrendo em outros países, mas que novamente tem especificidades nacionais e implicações sobre a política de saúde e os mecanismos de participação da sociedade na mesma. Para melhor caracterizar essa mudança, é

necessário fazer antes algumas breves considerações sobre o processo de transformação das relações entre o Estado e a sociedade que vem ocorrendo nas sociedades mais complexas, entre as quais se pode incluir a brasileira.

4.2 Os movimentos sociais e o Estado

O processo de formação, desenvolvimento e transformação do Estado capitalista teve como contrapartida a gradual afirmação e desenvolvimento dos direitos de cidadania ou humanos, fruto de interesses nem sempre coincidentes e muitas vezes contrários aos representados no Estado. Pode-se dizer, neste sentido, que o processo de luta política da sociedade nos últimos três séculos tem sido basicamente marcado pela conquista e a ampliação de direitos de cidadania. Não é por acaso que todas as revoluções mais significativas da história moderna – inglesa, americana, francesa e russa – culminaram na proclamação de cartas ou declarações de direitos de cidadania e influenciaram a ampliação destes.

Por conta desse processo, as funções do Estado, inicialmente ligadas apenas ao exercício e ao monopólio da força física e à cobrança e administração de recursos fiscais, vieram gradualmente se expandindo. Essa expansão gerou uma crescente máquina pública encarregada da administração da Justiça, das atividades econômicas e principalmente da provisão de uma gama cada vez mais variada de políticas e serviços sociais como a educação, a saúde, a previdência, a assistência social e outros, que correspondem ao Estado do bem-estar social (ELIAS, 1993; POLANYI, 1998; TILLY, 1996).

O desenvolvimento e a diversificação dos direitos de cidadania alteraram profunda e definitivamente o padrão de relacionamento entre o Estado e a sociedade. As políticas e os interesses dos que ocupam o “andar de cima”, e que costumam se situar no interior ou no entorno imediato do aparelho estatal já não podem mais ser impostos de cima para baixo, pois os que se situam nos “andares de baixo” ganharam força, espaço político e capacidade de autodefesa. Santos aponta, inclusive, um paradoxo entre o crescimento do neoliberalismo, de um lado, com o aparente enfraquecimento das políticas sociais e o agravamento da pobreza e da desigualdade, de outro, a partir dos anos 1980. Tal paradoxo é que foi em pleno apogeu do neoliberalismo que a participação social e política dos cidadãos e dos grupos sociais mais teria crescido. Segundo ele, “o mínimo que se pode dizer é que na década de oitenta se reabilitou de maneira surpreendente e mesmo brilhante. Foi a década dos movimentos sociais e da democracia [...]” (1997, p. 17-18).

Até há pouco tempo os principais atores sociais na luta pelos direitos de cidadania vinham sendo a classe trabalhadora e os setores da classe média a ela associados, os quais eram representados principalmente por sindicatos e por partidos de esquerda. Tal configuração das forças sociais se modificou profundamente desde os anos 60 do século passado. Ao lado dos sindicatos e dos partidos de esquerda surgiram diversos novos atores com grau diverso de organização e mobilização, os novos movimentos sociais. A amplia-

ção e diversificação desses tiveram consequências tanto sobre os atores sociais tradicionais, quanto sobre as relações entre Estado e sociedade.

Em primeiro lugar, pelo fato de estarem dividindo terreno com os novos movimentos sociais, os sindicatos e partidos de esquerda perderam peso relativo no processo, o que não quer dizer que sua existência tenha perdido o sentido, ou que tenham se transformado em formas de organização e representação ultrapassadas. Outros processos contribuíram para a perda relativa de importância dos sindicatos e dos partidos de esquerda. Em relação aos sindicatos, as mudanças no mundo do trabalho trazidas pela revolução tecnológica, pela maior liberdade de movimento do capital na ordem internacional, pelo aumento do desemprego e pela flexibilização das relações trabalhistas em diversos países, reduziram o poder de barganha dos sindicatos. Não resta dúvida que os sindicatos passaram a enfrentar uma conjuntura muito mais adversa a partir dos anos 80 do século passado, do que encontraram nos chamados “anos dourados” do capitalismo (1946-1975).

Os partidos de esquerda foram seriamente abalados pela crise e desmonte da antiga União Soviética e dos demais países socialistas do Leste Europeu. A derrota do socialismo no Leste Europeu, o fim da bi-polaridade da Guerra Fria, a ascensão do neoliberalismo abalaram seriamente os partidos de esquerda em todo o mundo. As esquerdas, em geral, perderam o referencial representado até então pela antiga União Soviética, viram sua influência diminuída pelo crescimento da ideologia e das políticas neoliberais e até hoje não concluíram nem uma análise crítica profunda da queda dos regimes socialistas do Leste Europeu nem conseguiram redefinir suas propostas políticas ideológicas.

Já os novos atores sociais, além de mais diversos, não se organizam pelo esquema de classes que prevaleceu até os anos 70, mas em torno de questões como as de gênero, étnicas, ambientais, necessidades de saúde de grupos específicos, etc. A emergência desses movimentos da sociedade civil deu inicialmente a impressão de uma grande dispersão do movimento social para interesses cada vez mais específicos, defendidos por atores e forças sociais que não se identificavam de forma classista, mas através de novas identidades de cunho cultural. Muitos interpretaram essa tendência como um declínio, ou uma crise do movimento social.

É importante chamar a atenção, entretanto, para o vigor desses movimentos e de sua capacidade crescente de articulação, cuja maior expressão é o Fórum Social Mundial, que se reuniu pela última vez recentemente em Belém, no Pará. O conteúdo e a direção das lutas desses movimentos sociais apesar de mais específicos, se dirigem ao Estado, no sentido tanto da ampliação dos espaços de participação e decisão política, quanto da busca de reconhecimento pelo Estado de novos direitos. O papel crescente de provedor de serviços que o Estado vem assumindo na sua relação com a sociedade acaba atraindo a atenção e a ação dos diversos atores sociais em sua direção, seja para fazer novas demandas, seja para se contrapor a determinados rumos da ação estatal.

4.3 A diversificação dos interesses na área da saúde

A Reforma Sanitária brasileira resultou da mobilização de movimentos de moradores das grandes cidades, estudantes, profissionais de saúde, professores universitários e funcionários públicos, inclusive do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Uma característica das bases sociais do chamado “movimento sanitário” foi a pequena participação dos sindicatos no mesmo – com exceção dos sindicatos de profissionais de saúde e de algumas categorias profissionais que se encontravam fragilizadas em razão da sua perda de importância relativa no mundo do trabalho, como a dos ferroviários. Isto possivelmente se explica pelo fato de que o auge da luta pela Reforma Sanitária coincidiu com o renascimento do movimento sindical, que, insatisfeito com a qualidade da atenção ofertada e com as iniciativas que abriam à população o acesso à rede de serviços do Inamps, priorizava a reivindicação da concessão de planos ou seguros de saúde nas negociações coletivas que travavam com os sindicatos patronais, prática que persiste ainda hoje. A Reforma Sanitária se deu num período em que o processo de diversificação da luta social já era intenso. Desta forma, a participação social no SUS foi incorporando novos atores sociais, representantes de interesses específicos, o que se reflete hoje na própria composição dos conselhos e conferências de saúde. No Conselho Nacional de Saúde (CNS), por exemplo, 13 dos seus 48 conselheiros representam entidades que podem ser classificadas entre os “novos movimentos sociais”, são elas:

- Central de Movimentos Populares (CMP/Nacional).
- Articulação dos Povos Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME).
- Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN).
- Associação Brasileira de Ostomizados (Abraso).
- Liga Brasileira de Lésbicas (LBL).
- Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.
- Movimento Nacional de Luta Contra a Aids.
- Articulação de Organizações de Mulheres Negras Brasileiras (AMNB).
- Associação dos Celíacos do Brasil (Acelbra).
- Federação Nacional das Associações e Entidades de Diabetes (Fenad).
- Federação das Associações de Renais e Transplantados do Brasil (Farbra).
- Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira (Coiab).
- União Brasileira de Cegos (UBC)

Das vinte entidades que representam usuários no CNS, sete são reservadas a entidades nacionais que congregam portadores de patologias e deficiências.

4.4 O movimento sanitário e as conferências – afastamento?

Um fenômeno crescente nas últimas conferências nacionais de saúde tem sido um aparente afastamento entre o movimento sanitário tradicional e os gestores do SUS,

de um lado, e os participantes das conferências, de outro. Tal fenômeno já teria sido apontado por Luz, durante a 9ª Conferência Nacional de Saúde, como o surgimento de “verdadeiro fosso cultural entre os ‘tecnocratas’ e a ‘grande massa de delegados eleitos’, em função da ‘linguagem excessivamente técnica das discussões’” (ESCOREL; BLOCH, 2005, p. 103). Outro trecho do texto das mesmas autoras é revelador sobre o agravamento desse distanciamento entre gestores e a massa de delegados das conferências:

Na medida em que as leis e regulamentações não detalharam o que deve ser e como deve funcionar uma CNS, as próprias conferências deliberaram a respeito, criando mais uma imagem-objetivo, mais um ideal a alcançar, do que uma realidade de fato. Os delegados presentes nas conferências decidiram por conferir um caráter deliberativo às CNS, estabelecendo uma legitimidade na ausência de uma legalidade. Nos relatórios das 11ª e 12ª CNS, surge, inclusive, a proposta de punir legalmente gestores que deixarem de cumprir as deliberações das conferências, contando-se para tal, com a colaboração do Ministério Público (Idem, p. 112-113).

Na mesma linha, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em reunião realizada em 2006, considerou que a “tradicional agenda do movimento sanitário deve ser ampliada, em sintonia e alianças com novos atores e movimentos sociais” (2006). Amélia Cohn também reforça essa preocupação:

Com isso remete-se à dimensão política do movimento sanitário nesse período, havendo a necessidade de se indagar até que ponto nós, a “comunidade dos reformistas sanitários”, não ficamos demasiadamente restringidos ao nosso círculo estreito delimitado pelas raízes do movimento, revelando-nos incapazes de ampliar o leque de ações, e até mesmo reproduzindo a altivez dos profissionais médicos frente aos nossos companheiros de luta das demais políticas setoriais (2008, p. 2022).

Esta preocupação apontada pelo Cebes e por alguns autores merece reflexão, principalmente à luz do que ocorreu na 13ª conferência, que para algumas interpretações teria sido um marco desse afastamento. Os editores da revista Radis, da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), por exemplo, colocaram na manchete de capa da edição que analisou a conferência: “Evento se destaca pelo que rejeitou, não pelo que aprovou” e iniciam o sumário da mesma com a seguinte frase: “Num primeiro olhar, o pouco debate e a articulação entre grupos religiosos, indígenas e sindicais marcaram a 13ª Conferência Nacional de Saúde. Perderam o aborto, como questão de saúde pública, e as fundações estatais de direito privado [...]” (LAVOR et al., 2008). A manchete e o comentário da revista lamentam posições tomadas pela conferência contrárias ao Ministério da Saúde, dando bem o tom da edição em alinhamento com o executivo. Não nos aprofundamos aqui nos resultados da 13ª conferência, que são o núcleo do item oito deste trabalho, o importante neste momento é apontar para o problema que precisa ser enfrentado do afas-

tamento entre gestores e integrantes do movimento sanitário tradicional, de um lado, e os participantes das conferências e os novos movimentos sociais, de outro.

5. Participação social: Conferências e conselhos de saúde

5.1. A participação social pós-Constituição Federal 1988 – marco legal

Conferências e conselhos de saúde constituem o espaço estabelecido no marco legal para a participação social. Embora sua existência remonte aos anos 30 do século vinte, é somente a partir da Constituição Federal de 1988 que assumem o caráter de espaço público que hoje apresentam. No período anterior, como visto, as conferências eram espaços de articulação intergovernamental, com participação restrita a gestores, técnicos e especialistas convidados pelos ministros de Estado.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), instituído pela Lei n. 378, de 13/01/37, até à década de cinquenta, se ocupava apenas de assuntos internos ao Ministério. A partir de 1962 passou a ser órgão consultivo, destinado a “assistir o ministro de Estado da Saúde, com ele cooperando no estudo de assuntos pertinentes a sua pasta” (Decreto n. 847, de 05/04/1962), atribuição que foi ampliada a partir de 1970, quando passou a

[...] examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação (Decreto, n. 67.300, de 30/09/1970).

O número de membros variou bastante ao longo do período (entre 13 e 27) e até 1990 eram livremente indicados pelo ministro.

A regulamentação dos dispositivos constitucionais de 1988, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, muda radicalmente a configuração desses dois foros. A Lei n. 8080/1990 estabelece em seu art. 7º, inciso VIII, a participação da comunidade como princípio estruturante do SUS e no art.12 determina a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao CNS, com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde. Mas é na Lei n. 8142/1990, que dispõe sobre a participação social no SUS, que são definidas as instâncias colegiadas nas quais a participação se realizará em todas as esferas de gestão do sistema: Conferências de saúde e conselhos de saúde.

A conferência de saúde, convocada a cada quatro anos pelo Poder Executivo (ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde), passa a ter como atribuição

“avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (BRASIL, 1990a, art. 1º, § 1º).

Os Conselhos de Saúde passam a ser instâncias permanentes e de caráter deliberativo em todos os níveis de gestão do sistema. Não obstante essa definição, suas decisões devem ser homologadas “pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”, não se prevendo nenhum mecanismo de sanção caso isso não venha a ocorrer. Sua capacidade deliberativa é reduzida ainda em função de sua existência não poder trazer “prejuízo das funções do Poder Legislativo” (Idem, art. 1º, caput).

A composição dos conselhos é estabelecida na lei: representantes do governo, de prestadores de serviço, de profissionais de saúde e de usuários, devendo estes últimos ter representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Também foi assegurada em lei a presença de representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) entre os membros do Conselho Nacional de Saúde (Idem, art. 1º, § 3º).

Sua atribuição se expande: devem atuar na “formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (Idem, art. 1º, § 2º) e a existência de Conselho de Saúde nas esferas subnacionais se converte em exigência para que possam receber recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

O Conselho Nacional de Saúde passou a orientar, a partir de 1992 (Resolução n. 33, do CNS, de 23/12/1992), a constituição e estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CES e CMS), recomendando, entre outras coisas, que a escolha dos representante fosse realizada pelos próprios segmentos; que a composição deveria ser de 50% de usuários; 25% de profissionais de saúde e 25% de gestores e prestadores; que a eleição do presidente deveria se dar entre os membros do conselho e que não houvesse coincidência de mandatos entre conselho e governantes.

A partir desse marco legal, a criação de conselhos e a realização de conferências nas instâncias subnacionais se expande rapidamente. Cortes (2002, p. 36) aponta um novo papel institucional dos conselhos e conferências e uma limitação de sua influência sobre as políticas públicas de saúde:

Em primeiro lugar, nos conselhos e durante as conferências de saúde, articulavam-se às forças sociais favoráveis ao aprofundamento do processo de reforma do sistema. Em segundo lugar, à medida que o processo de municipalização se consolidava, eles passaram a ser o locus onde os representantes dos usuários – marcadamente dos moradores das regiões mais pobres das cidades – apresentavam suas demandas aos gestores públicos. A mediação entre projetos conflitantes para o setor parece estar ocorrendo, preferencialmente, nos gabinetes dos gestores públicos de saúde.

Cabe ressaltar que apesar de constar da legislação como “participação da comunidade”, a literatura sobre o tema costuma utilizar outras formas: “controle social” (CARVALHO, 1995; PINHEIRO; DAL POZ, 1995; RIBEIRO, 1997; SILVA; LABRA, 2007) ou “participação social ou da sociedade” (GUERSCHMAN, 1995; MARTINS, 2008). O próprio Conselho Nacional de Saúde utiliza a forma “controle social” (BRASIL, 1992; 2002; 2003), ao invés de “participação da comunidade”.

5.2 O papel das conferências nos diferentes níveis de governo

Somente a partir de 1986, na 8ª conferência, quando passaram a ter a participação de representantes de trabalhadores e organizações da sociedade civil e foram precedidas por conferências preparatórias em alguns estados e municípios, o caráter de espaço público das conferências se ampliou. Nas esferas estadual e municipal as conferências foram instituídas pela Lei n. 8142/1990, e começaram a se disseminar a partir das conferências preparatórias à 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992. Nessa ocasião, cerca de metade dos municípios brasileiros então existentes e todos os estados e o Distrito Federal realizaram suas conferências. Na preparação da 10ª conferência, em 1996, além das vinte e sete realizadas na instância estadual, já ocorreram em mais de três mil municípios.

Pelo texto legal, a Conferência Nacional

reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990a, art.1º, § 1º).

[...]

as conferências de saúde e os conselhos de saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo Conselho.

Nas instâncias subnacionais, a periodicidade de realização das conferências pode ser definida em leis próprias, respeitado o intervalo máximo de quatro anos previsto na lei nacional. Alguns municípios as realizam a cada dois anos. A Tabela 2, a seguir, apresenta o número de conferências estaduais realizadas até o momento.

Tabela 2: Número de conferências estaduais de saúde realizadas por UF – 2008

Número de conferências realizadas	Unidades da Federação
4	SE
5	AC, AM, RR, AP, PI, CE, RJ, SP, SC, RS
6	RO, TO, RN, PB, PE, AL, MG, ES, MS, MT, GO
7	MA, BA, DF
8	PA, PR

Fonte: Conselho Nacional de Saúde. Disponível em <www.conselho.saude.gov.br>

Por recomendação das conferências nacionais de saúde ou por deliberação do Conselho Nacional de Saúde têm sido realizadas conferências temáticas com o objetivo de aprofundar debates sobre áreas específicas e tornar mais precisas as orientações para a operação do sistema. Já foram realizadas conferências nas áreas de: Saúde da Mulher; Saúde Bucal; Saúde Mental; Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; Recursos Humanos; Saúde do Trabalhador; Medicamentos e Assistência Farmacêutica; e Saúde Indígena. Para essas conferências também se realizam encontros prévios nos estados e municípios e são observadas as regras de proporcionalidade na representação dos três segmentos – usuários, trabalhadores da saúde e gestores e prestadores.

O objetivo das conferências é analisar a situação de saúde e estabelecer diretrizes. Estabelecer diretrizes significa indicar caminhos para atingir objetivos definidos como fundamentais para que sejam atendidas as necessidades expressas pela população e alterada a situação de saúde identificada no momento da realização da conferência. Isso envolve o debate entre os representantes dos diferentes grupos de interesse e a construção de acordos sobre aspectos que devem ser considerados prioritários na definição das ações do sistema.

Estabelecer prioridade não significa considerar sem importância as demais ações que já são regularmente desenvolvidas, mas indicar áreas que devem ser objeto de atenção especial. Se as conferências não forem capazes de indicar o que é mais relevante e tudo se igualar em termos de importância, torna-se impossível identificar que ações devem ter precedência e fica comprometido o esforço de análise e acompanhamento do planejamento da ação governamental que deve ser realizado pelos Conselhos de Saúde.

Há, necessariamente, diferenças na dinâmica dos debates e no grau de generalização das recomendações das conferências em cada um dos níveis de gestão do sistema. No nível nacional, deve ser maior o grau de generalidade das recomendações, para que sejam aplicáveis ao sistema em âmbito nacional. No âmbito estadual e local, espera-se maior especificidade das recomendações das conferências, uma vez que devem referir-se

às situações particulares que devem ser enfrentadas pelo município ou estado. Assim, uma conferência municipal pode chegar a definir territórios (como bairros, por exemplo) que devem ter prioridade na realização de investimentos, ações que devem ser implementadas, segmentos populacionais que devem ser objeto de atenção especial, etc. com maior precisão do que as diretrizes emanadas de conferências nacionais, necessariamente mais gerais porque devem aplicar-se a todo o território nacional e respeitar as especificidades loco-regionais.

Embora seja importante que os relatórios das conferências nacionais enunciem claramente o caminho que a política de saúde deve trilhar, isso não significa detalhar as ações – função da gestão – mas apontar a situação a ser alcançada no futuro, indicar a direção a ser seguida de modo a orientar os conselhos na análise de planos e orçamentos.

Como previsto na lei, as regras para a realização das conferências são definidas pelos respectivos conselhos de saúde, respeitadas aquelas já definidas na legislação nacional relativas à periodicidade e à composição paritária entre os segmentos. Isso envolve a escolha do temário, o número de delegados, a data de realização, a duração do encontro, a dinâmica dos debates, etc. Se é desejável que os temários das conferências nacional ou estadual sejam contemplados nos debates das conferências municipais, por exemplo, é fundamental que estas não deixem de contemplar temas que sejam de relevância para enfrentar os desafios que a situação de saúde em seu espaço particular imponha.

Essa a razão pela qual se torna complexo o trabalho de construção de diretrizes nacionais. É necessário abstrair, muitas vezes, as situações particulares e identificar questões gerais que sirvam de orientação para todo o país. O enfrentamento das especificidades se dará no âmbito estadual ou local. De outra perspectiva, é necessário considerar uma gama de situações que necessitam ser contempladas nas diretrizes muito mais amplas do que a que se verifica no âmbito estadual ou local.

Esse delicado equilíbrio entre especificidade e generalização é o desafio que deve ser enfrentado pelos participantes das conferências nacionais ao elaborar o rol de recomendações, para que o relatório tenha efetividade como direcionador da política de saúde.

5.3 O papel dos conselhos de saúde na incorporação de diretrizes das conferências às políticas de saúde

Se às conferências de saúde cabe a atribuição de “definir as diretrizes [grifos nossos] para a política de saúde” (BRASIL, 1990a, art. 1º, § 1º), a transformação dessas diretrizes em ações efetivas, permitindo que a vontade social expressa nas recomendações se converta em realidade, é responsabilidade compartilhada entre as instituições do Estado e os conselhos de saúde. As funções próprias do executivo, legislativo e judiciário permanecem responsabilidades das respectivas instituições em cada esfera de governo. O que os processos de gestão democratizados permitem é ouvir os interesses das diferentes

partes e incorporá-los no planejamento de suas respectivas atividades, procurando caminhos que tornem possível atender à maior parte das demandas e buscando responder a objetivos de equidade.

Assim, a participação social nos conselhos de saúde não significa que estes devam assumir as funções de gestão – mas que devem ser capazes de apontar se os planos, programas e orçamentos conduzem aos objetivos expressos pelas conferências, se caminham na direção proposta e, se isto não ocorrer, apontar o fato e indicar alternativas. Dessa perspectiva, o conselho é, por excelência, o lugar da explicitação dos conflitos de interesses, da negociação e da busca de acordos que permitam avanços na direção desejada.

Esse processo de reconhecimento do direito do outro tem sido permeado por momentos em que os antagonismos se exacerbam, entre gestores, prestadores, profissionais de saúde e representantes de usuários. Posturas excludentes e preconceituosas emergem nessas condições.

Como apontou documento do Conselho Nacional de Saúde, a pouca clareza sobre os limites entre as competências dos conselhos de saúde e dos órgãos típicos de gestão gerou

[...] do lado dos gestores, a reação inicial de incômodo com as atividades dos Conselhos, e sua rotulação fácil de 'basistas', 'corporativistas', 'partidarizados' e 'dificultadores da eficiência da gestão'. Do lado dos Conselhos de Saúde, a reação inicial de crítica negativista direta aos gestores, e sua rotulação fácil de 'incompetência', 'burocratismo', 'fisiologismo', 'cooptação', 'autoritarismo' e 'corrupção' (BRASIL; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2000).

Mas o mesmo texto do Conselho Nacional de Saúde destaca que:

O funcionamento dos Conselhos de Saúde foi revelando que a simples soma das reivindicações e 'direitos' de cada segmento, entidade e instituição, não é a mesma coisa que a realização das diretrizes da equidade e universalidade, através de metas e etapas concretas e realistas. Nem os recursos públicos crescem segundo a simples soma dos direitos e reivindicações de todos os segmentos e entidades. Daí decorreu o crescente exercício das articulações e negociações entre as entidades e segmentos, sempre em busca de avanços e conquistas a favor do SUS, da cidadania e do novo modelo assistencial e de gestão, e que ao mesmo tempo satisfaça, ainda que parcial e gradativamente, os interesses e reivindicações de cada segmento e entidade (Idem).

A gestão de políticas públicas é um processo de grande complexidade. A gestão pública exige administrar a conjuntura e, simultaneamente, intervir para transformar e construir o futuro, contrarrestando ou reforçando tendências. Não há como determinar o futuro; pode-se construí-lo encadeando ações orientadas por estratégias adequadas. Pensar o futuro é um exercício de lidar com a incerteza. Os graus de incerteza são variáveis de acordo com a natureza da questão e implicam diferentes possibilidades de intervenção. A rapidez e a profundidade das transformações contemporâneas ampliam o grau de incerteza e tornam mais complexo o processo de intervenção.

Além disso, os diferentes olhares dos atores sobre a realidade fazem com que a análise da situação sobre a qual se deseja intervir também apresente essas diferenças. A “situação” é sempre a apreciação da realidade feita por um determinado ator, correspondendo ao seu ponto de vista, à sua visão dos problemas e de suas interações, ao recorte espacial e temporal que mais lhe interessa. Mas, é importante ter a clareza de que o ator que a enuncia coexiste com outros atores que também intervêm na realidade, têm recursos de poder, e que nem todos estão presentes nos conselhos de saúde. Lidar com essa complexidade é o espaço cotidiano dos conselhos de saúde. Daí a importância de ter clara a direção que se deseja imprimir à ação. Esse deve ser o papel das **diretrizes** expressas pelas conferências de saúde: tornar claros os objetivos que devem ser alcançados pela política de saúde, qual a situação futura que se pretende construir. Essa imagem-objetivo – que nada mais é do que a situação que se deseja alcançar no futuro – será o guia, que orientará a identificação das estratégias e ações mais adequadas, no curto, no médio e no longo prazo.

Em sua análise dos planos, programas e orçamentos submetidos à sua apreciação, cabe ao conselho estar atento à **direcionalidade** das intervenções propostas frente aos objetivos expressos pelas conferências. Significa que, em sua análise, cada conselheiro deve identificar a que objetivo se refere a intervenção e perguntar: se realizada esta ação, que impacto haverá sobre a situação atual? E esse resultado conduz ao alcance do objetivo ou pode dele nos distanciar? Orientados por essa apreciação, o debate e as negociações próprios desse foro propiciarão a escolha de alternativas que permitam a gradual construção da situação futura desejada e a identificação das incertezas, das resistências e dos apoios possíveis.

Esse processo de pactuação em torno de alternativas possíveis no curto prazo não significa que as diferenças de visões específicas sejam eliminadas nem que conflitos de interesse sejam superados. Expressa apenas os acordos possíveis num dado momento, em condições específicas de correlação de forças. E pequenos avanços na direção correta podem ser mais importantes para consolidar o caminho do que a paralisia decorrente da cristalização de conflitos ou de posturas preconceituosas. A negociação é o mais importante dos instrumentos para a resolução de disputas e de controvérsias.

Mas, como adverte o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000):

[...] é oportuno lembrar que, os interesses e forças contrárias ao SUS e ao novo modelo assistencial e de gestão são ainda capazes de pressionar e influenciar importantes setores da área econômica, núcleos de poder e da própria sociedade, para impedir mudanças. Por outro lado, a competência das discussões e aprovações no Conselho de Saúde, envolvendo os segmentos e entidades mais diversos da sociedade, no Conselho representados, numa mesma deliberação, isto pode mobilizar força política capaz de continuar construindo o SUS, inclusive, quando a deliberação não é homologada (Idem).

Analisando a ação do Conselho Nacional de Saúde, Ribeiro aponta que:

[...] a propensão observada à pactuação não oculta, por outro lado, os conflitos que transparecem nas propostas e falas de conselheiros, especialmente em torno do “descaso do governo com a saúde”, da “falta de recursos para atender a população”, das denúncias de fraudes e de atendimento de baixa qualidade. A tendência à pactuação deve, portanto, ser entendida como um compromisso mútuo de institucionalização das soluções propostas e não como de superação de divergências (1997, p. 87).

Por outra perspectiva, é importante ter clareza de que a ação dos movimentos e das organizações sociais na defesa de seus interesses não se circunscribe à participação nos conselhos. Muitas vezes as ações políticas, a *advocacy*, as informações disponibilizadas à sociedade ou até mesmo ações judiciais conduzidas pelas entidades são o mais importante suporte à sustentação de posições dos seus representantes nos conselhos. É a capacidade dessas organizações de buscar a convergência de interesses e de somar forças à sua causa que conduz aos avanços mais significativos. São muitos os exemplos que podem corroborar essa afirmação. O coordenador geral da Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (Abia), Veriano Terto, lembrou recentemente, durante a solenidade que marcou o início da produção e distribuição do antiretroviral Efavirenz no Brasil, que aquele momento histórico só foi possível porque resultou de ampla e plural mobilização de diversos setores da sociedade:

Organizações de pessoas vivendo com HIV/AIDS, de direitos humanos, de consumidores, a academia, setores do governo, todos estiveram, de alguma forma, imbuídos em avançar na agenda da manutenção e sustentabilidade do acesso a tratamentos de qualidade para a população brasileira (AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS, 17/02/09).

É importante também destacar a necessidade de que os gestores reconheçam seu papel de agentes do interesse público e respeitem o marco institucional do sistema de saúde, superando posturas autoritárias ou patrimonialistas. O convencimento e compartilhamento de responsabilidades no processo decisório, de parceria entre os conselhos e os gestores, tendo claros os papéis de cada um, é a maneira mais produtiva para conduzir avanços na política de saúde.

Mas não são raras as situações em que, a despeito de esforços nesse sentido, o gestor se recusa a cumprir sua função ou assume comportamentos inadequados a uma gestão transparente e de respeito ao interesse público.

Nesses casos, os conselhos no cumprimento de suas atribuições de “controle da execução das políticas de saúde, verificação da coerência dos atos do gestor e dos programas e ações de saúde com as diretrizes do SUS, acompanhamento dos gastos públicos na saúde e seus resultados para a população” (BRASIL; CONSELHON NACIONAL DE SAÚDE, 2000), podem recorrer aos Tribunais de Contas e ao Ministério Público solicitando sua intervenção como instâncias do Estado detentoras de poder de sanção.

Há ainda uma questão relevante que se refere à relação entre conselhos e gestores e que diz respeito às relações entre os conselhos e as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite. São frequentes as reclamações de que a criação dessas comissões intergestoras pretendeu invadir espaços dos conselhos de saúde. Silva e Labra chamam a atenção para a diferente composição desses dois organismos: “Nos conselhos de saúde, existem diversos tipos de representação, enquanto nas comissões intergestoras, a representação seria propriamente corporativa” (2001, p. 162). Segundo elas, apesar da legislação estabelecer

[...] clara divisão de atribuições entre essas arenas. No entanto, uma primeira questão que ressalta [...] é, justamente, a confusão entre os papéis de cada instância, o que gera relações conflituosas e recriminações, seja por inoperância ou por invasão de campo.

Na comparação, em consequência, a CIB aparece como sendo mais ágil que o CES, e isso é atribuído ao fato de aquela ser uma instância eminentemente técnica. Por outro lado, a politização do CES seria um fator que geraria paralisações a ponto de este não intervir apropriadamente nas questões que lhes são pertinentes (Idem, p. 163).

[...]

A despeito do caráter também político das comissões intergestoras, que permitem articular visões e interesses nem sempre convergentes dos gestores, sua dimensão técnica as diferencia dos conselhos:

A maior agilidade da CIB em relação ao CES se dá não somente por seu caráter técnico, mas principalmente por se constituir num grupo mais homogêneo, mesmo considerando o interesse de cada gestor em favorecer suas bases. Já o CES-RJ, como os demais conselhos, é composto por representantes de diferentes segmentos da sociedade, cada um com interesses divergentes, e tem um caráter mais político, o que afetaria a rapidez nas deliberações (Idem, p. 164-165).

Essas diferenças são importantes e merecem ser discutidas, uma vez que é crescente a sensação de afastamento entre os organismos de participação (conferências e conselhos) e os gestores do sistema.

É importante recordar, contudo, que a Comissão Tripartite foi originalmente constituída pelo Conselho Nacional de Saúde para cumprir o papel de assegurar a articulação das políticas entre as esferas de governo. Por meio da Norma Operacional Básica SUS 01/1993 (BRASIL, 1993), com apoio do CONASS, do Conasems e do Conselho Nacional de Saúde, foram criadas as comissões Bipartite. Para evitar conflitos de competência a Norma Operacional Básica SUS 01/1996 tornou explícitas as relações entre os dois foros:

As conclusões das negociações pactuadas na CIT e na CIB são formalizadas em ato próprio do gestor respectivo. **Aquelas referentes a matérias de competência dos conselhos de saúde, definidas por força da Lei Orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos conselhos são submetidas previamente a estes para aprovação** [grifo nosso]. As demais resoluções devem ser encaminhadas, no prazo máximo de 15 dias decorridos de sua publicação, para conhecimento, avaliação e eventual recurso da parte que se julgar prejudicada, inclusive no que se refere à habilitação dos estados e municípios às condições de gestão desta Norma (BRASIL, 1996).

É preciso lembrar, finalmente, que a produção da saúde envolve a superação dos recortes setoriais tradicionais e exige resolver problemas complexos, multideterminados, com espacialidades distintas e que integram espaços de governabilidade externos ao setor. Esse paradigma esteve presente nos debates desde a origem do Movimento da Reforma Sanitária e foi incorporado ao texto constitucional. Como apontou Arouca:

À Saúde cabe o papel de sensor crítico das políticas econômicas em desenvolvimento. O conceito fundamental é o da intersectorialidade. Não basta aprofundarmos cada vez mais o modelo "Ministério da Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde", temos que discutir saúde segundo políticas intersectoriais (2002, 19).

E isso é claro nos relatórios das conferências nacionais, onde se identificam inúmeras recomendações que implicam ações de outras áreas setoriais relevantes para produção ou promoção da saúde, prevenção de danos ou doenças. Políticas de emprego, moradia, acesso à terra, saneamento e ambiente, saúde, educação, segurança pública, segurança alimentar e nutricional devem operar de forma integrada, em caráter permanente, em todas as esferas de governo, orientadas pelo objetivo de assegurar saúde.

O relatório da 12ª Conferência Nacional assinalava (BRASIL, 2004)

Entre os profissionais de saúde já existe a consciência de que seus saberes e sua atuação setorial são insuficientes para alcançar resultados efetivos e transformadores para problemas complexos e para promover a qualidade de vida da população (p. 44).

No relatório da 13ª Conferência Nacional de Saúde Nacional grande parte das 282 recomendações do Eixo I – Desafios para a efetivação do direito humano à saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento – diz respeito a ações típicas de outras áreas setoriais, que envolvem políticas energética, indigenista, reforma agrária, meio ambiente, política de segurança, política de transportes, de educação, de assistência social, entre outras.

Essa condição de interdependência entre ações de diferentes áreas traz para os conselhos a responsabilidade de também promover processos de articulação intersectorial, ampliando o espaço de governabilidade da gestão da saúde.

Para assegurar uma interlocução mais qualificada, os conselhos podem constituir comissões e grupos de trabalho com finalidade de assessorar o plenário do conselho, fornecendo-lhe subsídios de discussão para deliberar sobre estratégias e controle da execução de políticas de interesse para a saúde. A Lei n. 8.080/90 atribui às comissões inter-setoriais do Conselho Nacional de Saúde a finalidade de articular políticas e programas de interesse da saúde. O plenário do CNS, por meio de definição interna, complementou o dispositivo da lei, esclarecendo que:

[...] as Comissões e Grupos de Trabalho não são deliberativos, nem normatizadores, nem programadores; devem recolher e articular as políticas, normas e programas das instituições e setores de interesse para o SUS, visando a sua consolidação para subsidiar o plenário do Conselho, que então considera a validade ou não, de deliberar (BRASIL; CNS, 2000).

Ao longo da década de 1990, medidas legais instituíram conselhos e conferências em diversas outras áreas. A articulação dos conselhos de saúde com outros conselhos setoriais pode ser um caminho para explicitar interdependências e integrar ações, potencializando resultados e maximizando os efeitos do gasto público, reduzindo duplicidades e conflitos de orientação entre as diferentes políticas.

6. A 13ª Conferência Nacional de Saúde Nacional: um balanço

As opiniões em relação aos resultados alcançados pela 13ª conferência são muito divididas. Enquanto os representantes dos usuários e trabalhadores ressaltam a dimensão da conferência e seu caráter democrático, há gestores que a apontam como a conferência da “negação”. A Revista Radis, da Ensp, como já se mencionou, a chamou de “Encontro de Paradoxos” (RADIS, 2008, p. 9). De fato, a polêmica em torno de dois itens caros ao Ministério da Saúde e a muitos gestores do SUS foram repudiados pela conferência – a consideração do aborto como questão de saúde pública e as fundações públicas de direito privado – contribuindo para cristalizar uma visão de desencontro entre o movimento social e os gestores.

6.1 Organização e funcionamento

A 13ª Conferência Nacional de Saúde foi a maior até hoje realizada sob qualquer critério, seja o de número de participantes – mais de 4.700, dos quais, 2616 delegados com direito a voto segundo o Relatório Final (2008, p. 9), seja o de resoluções aprovadas. Sua organização revela a preocupação dos organizadores em assegurar resultados

à altura da importância do evento. O presidente do CNS, Francisco Batista Júnior, em entrevista à Revista Radis revela esse tipo de preocupação:

Começamos a organizar a 13^a muito preocupados com o esgotamento do modelo de conferência [...] Também avaliamos que o debate estava estratificado, pouco focado nas questões essenciais do SUS, gerando relatórios dessintonizados do que deveria ser posto em prática de imediato.
[...] (RADIS, jan./2008, p. 14).

Temos que entender que o método das conferências passadas era contraproducente: tanto as plenárias temáticas como a final transformavam-se em autênticos palanques para manifestações pessoais e corporativas (RADIS, jan./2008, p. 14). A organização dos trabalhos proposta pela comissão organizadora foi bastante complexa. Cada um dos três eixos foi debatido num único dia, segundo Armando Raggio, do CONASS, um dos coordenadores do Relatório Final. A mecânica dos trabalhos, previa, ainda, a discussão, aprovação ou rejeição, em primeiro lugar das propostas do Relatório Consolidado, vindas das conferências estaduais, para só depois se debater as propostas não contempladas nas mesmas – tratadas na conferência e no relatório como “inéditas”. Segundo o presidente do CNS, a organização dos trabalhos da conferência procurou assegurar espaço para o tratamento de questões de interesse regional, permitindo que nos estados se adaptasse a temática à cada realidade, como ocorreu no Acre, cujo tema da Conferência Estadual foi: “Políticas públicas de saúde no estado da florestania”. Para “[...] uma proposta normal chegar à plenária final, tinha que ser discutida nos 10 grupos e aprovada por mais de 70% dos delegados em pelo menos seis deles” (Idem, p. 15). A reportagem da Revista Radis também aponta os trabalhos da 13^a como melhor organizado do que o de outras conferências.

A composição dos seus delegados por região e por segmento é apresentada na Tabela 3, a seguir.

Tabela 3: Composição dos delegados da 13ª Conferência Nacional de Saúde

Região	Número de delegados	Número de delegados s/total (%)	População do Estado s/total do Brasil (%)	Usuários (50%)	Trabalhadores (25%)	Governo e Prestadores (25%)
Norte	240	9,17	8,04	120	60	60
Nordeste	716	27,37	27,64	358	180	180
Sudeste	1.092	41,74	42,60	546	273	273
Sul	380	14,53	14,62	190	95	95
Centro-Oeste	188	7,19	7,10	94	47	47
TOTAL	2.616	100,00	100,00	1.308	655*	655*

Fonte: Brasil, 2007, Anexo I.

* Obs: Os números de delegados por segmento acima apresentados divergem dos números apresentados pelo Regimento (neste um a menos para representantes dos trabalhadores e dos governos e prestadores de serviço) pelo fato da tabela apresentar a soma exata das parcelas.

Segundo um dos entrevistados da Comissão Organizadora da 13ª conferência, “80% de seus delegados participaram pela primeira vez de uma conferência nacional”. A tensão entre os diferentes grupos e interesses presentes foi ilustrada por artigo da Revista Radis da seguinte forma:

Na Plenária da Canela (um dos locais onde se desenvolveram os debates): “igrejas e gestores se reuniram predominantemente à direita, enquanto ‘laicos’ e servidores da saúde ficaram à esquerda da entrada. Numa das plenárias mais conservadoras, a ala direita rejeitou toda e cada proposta sobre direitos de mulheres, gays, negros ou trabalhadores” (LAVOR et al., 2008, p. 25).

6.2 Principais resultados

Como já foi apontado, a 13ª Conferência Nacional de Saúde aprovou um grande número de resoluções (857) e moções (157), cuja distribuição é apontada na Tabela 4, a seguir:

Tabela 4: 13ª Conferência Nacional de Saúde, resoluções oriundas dos estados e resoluções aprovadas no relatório final

Eixos temáticos	Oriundas dos estados (Rel. Consolidado)			Relatório final			
	Apresentadas	Rejeitadas	Rejeição %	Aprovadas	Inéditas	Total	Inéditas s/ total %
Eixo I	210	17	8,1	193	89	282	31,6
Eixo II	284	40	14,1	244	162	406	39,9
Eixo III	94	16	17,0	78	91	169	53,8
Total	588	73	12,4	515	342	857	39,9

Fonte: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, Relatório Consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007) e Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde (2008)

Ressalte-se que muitas das “Inéditas” correspondiam a pequenas variações de redação em relação às recomendações já propostas, sem alteração significativa de conteúdo da diretriz expressa. Diante do número muito grande de resoluções e moções e da grande complexidade e variedade dos temas tratados, resolveu-se analisar especificamente quatro conteúdos por sua relevância no contexto de realização da 13ª conferência:

- 1 – Aborto como questão de saúde pública (“Aborto”).
- 2 – Regulamentação da Emenda Constitucional n. 29 (“EC n. 29”) e Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (“CPMF”).
- 3 – Fundações públicas de direito privado (“Fundações”).
- 4 – “Acesso” (a políticas saudáveis, bens e serviços de saúde, informação sobre saúde e soluções para áreas de difícil acesso).

Os conteúdos 1, 2 e 3 (“Aborto”; “EC n. 29 e CPMF”; e “Fundações”) foram escolhidos por terem constituído ao mesmo tempo objetivos específicos do Ministério da Saúde – sendo enfatizados nos discursos de abertura tanto do presidente da República, quanto do ministro – e por terem sido motivo de polêmica com vários setores sociais. O conteúdo 4 (“Acesso”) foi selecionado por representar uma grande proporção das resoluções e moções (cerca de 10% do total) e por permitir uma visão dos interesses dos diversos grupos e segmentos da sociedade representados na conferência.

Os conteúdos abordados resultaram em 86 resoluções, das 857 resoluções da 13ª conferência (10% do total), e em oito moções (5,1% do total). Dessas 86 resoluções, 64 (74,4%) tiveram origem nas conferências estaduais (Relatório Consolidado) sendo 22 inéditas. Apresentamos, a seguir, um breve balanço de cada um desses conteúdos.

Aborto

O aborto como questão de saúde pública, como foi abordado pelo ministro da Saúde José Gomes Temporão meses antes da realização da conferência, e também de interesse de organizações que lutam em prol dos direitos da mulher, foi um assunto que polarizou a plenária final, com a maioria absoluta contra a sua discussão. Entidades ligadas à igreja católica desempenharam papel decisivo para essa postura, agudizada pelo fato de o ministro ter se posicionado a respeito no momento em que o Papa Bento XVI visitava o país.

A conferência aprovou quatro resoluções (30 e 36 do Eixo I e 15 e 187 do Eixo II) além da moção n. 106 (“Repúdio ao Projeto de Lei n. 1.135/91 que legaliza o aborto até o nono mês de gravidez”). As resoluções tratam da atenção aos casos de aborto já previstos na legislação atual e à “assistência integral à mulher pré-gestacional” (Resolução n. 175, do Eixo II). Cabe destacar, entretanto, a rejeição à resolução 37, do Eixo I do Relatório Consolidado, que propunha:

Assegurar os direitos sexuais e reprodutivos, respeitar a autonomia das mulheres sobre seu corpo, reconhecendo-o como problema de saúde pública, e discutir sua discriminação (sic) por meio de projeto de lei (BRASIL, 2007, p. 13).

A rejeição a esta resolução é um dos marcos do afastamento entre gestores e movimento social e significa um claro retrocesso no tratamento de uma questão que gerou, em 2005, cerca de 250 mil internações/ano para tratar complicações do abortamento inseguro e constitui das principais causas de mortalidade materna (ADESSE; MONTEIRO, 2008; IPAS, 2008).

Essa decisão da 13ª Conferência Nacional de Saúde contrapõe-se, inclusive, a deliberação anterior, da 11ª conferência, que afirmava:

O conjunto de propostas voltadas à orientação para a Atenção à Saúde da Mulher reafirma que a política de assistência integral e as demandas por ações está fundamentada no quadro epidemiológico nacional. Destaca-se a elevada mortalidade materna, alta morbimortalidade por câncer ginecológico, além da constatação da ausência dos serviços de saúde na abordagem da violência doméstica e sexual. Nesse sentido, no contexto da compreensão de que a ilegalidade do aborto acarreta importantes agravos à saúde das mulheres e, entendendo ainda que a legislação restritiva à interrupção da gravidez necessita ser revista no sentido da realidade da população e da saúde das mulheres, os participantes da 11ª Conferência Nacional de Saúde propõem: [...] c) **Descriminalizar o aborto** [grifos nossos] (BRASIL, 2001, Relatório 11ª Conferência, recomendação 108, p. 133).

Infelizmente, a decisão da 13ª conferência fortaleceu as posições mais radicais e canhestras a respeito do problema, como a recente excomunhão por dom José Cardoso

Sobrinho, Arcebispo de Olinda e Recife, dos médicos, da mãe e da menina de nove anos cuja vida corria risco por estar grávida de gêmeos, decorrente de abuso sexual por parte do seu padrasto (G1-GLOBO.COM, 05/03/09).

EC n. 29 – CPMF

É interessante destacar as diferenças de ênfase entre o governo e a 13ª conferência em relação a este assunto. A questão da regulamentação da EC n. 29 e da continuidade da CPMF, que se encontrava em debate no Congresso, era um tema muito importante para o governo, tendo sido ressaltado nos discursos tanto do presidente Lula (RADIS, jan./2008, p. 12), quanto do ministro Temporão (RADIS, jan./2008, p. 12). O tema despertou pequena atenção, no entanto, entre os conferencistas, foi objeto de apenas duas resoluções e três moções; e duas resoluções constantes do Relatório Consolidado das conferências estaduais foram rejeitadas – resoluções n. 12 e 257 do Eixo II.

Uma das resoluções aprovadas em vez de defender a continuidade da CPMF como queria o governo, revela certa descrença na continuidade da mesma: “**enquanto vigorar** [grifos nossos], a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) tenha aplicação integral de sua arrecadação para a saúde” (BRASIL, 2008, Eixo II n. 11). A outra trata de assunto importante, embora de interesse regional:

Garantir que os recursos disponibilizados para a saúde por meio da CPMF tenham distribuição equitativa (percentual diferenciado) para os estados e municípios da região amazônica e da região do semi-árido, viabilizando a sustentabilidade financeira para cobertura das ações (BRASIL, 2008, Eixo II, Inéditas, Res, n. 93).

A urgência na regulamentação da EC n. 29 só apareceu nas moções (n. 52, 75 e 150). É clara, portanto, a diferença entre as visões do governo e dos participantes da conferência. O primeiro, clamou na abertura pela voz de seus mais altos responsáveis, o próprio presidente da República e o ministro da área, pelo apoio à regulamentação e à continuidade da CPMF. A conferência tratou como questão menor a continuidade da CPMF e apoiou na forma das moções mencionadas a regulamentação da Emenda.

Fundações

A conferência rejeitou, também de forma categórica, o Projeto de Lei complementar (PLP n. 92/2007) proposto pelo governo de criação das fundações públicas de direito privado para a gestão de serviços públicos, inclusive dos hospitais estatais do SUS. Os participantes da conferência viram na proposta uma ameaça de “privatização do SUS” e a rejeitaram por meio de diversas resoluções (seis) e duas moções. A opção clara dos conferencistas foi de “**fortalecer a gestão e a rede pública de saúde e rejeitar a adoção do modelo de gerenciamento por fundação estatal de direito privado**” [grifos nossos] (BRASIL, 2008, Eixo II, Res. n. 42). A mais enfática das resoluções a respeito afirmou o seguinte:

45. Não privatizar o SUS. Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde se posicione contra o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado e/ou organização social, e/ou Oscip em qualquer esfera do governo (federal, estadual e municipal), tendo em vista ferir os princípios do SUS e do controle social, pondo em risco o acesso com qualidade dos serviços aos usuários. Que o Ministério da Saúde retire do Congresso Nacional o projeto de lei, que dá direito a contratar serviços de saúde por intermédio de fundações estatais e articular os atores sociais para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde por meio de Oscip e organizações sociais (BRASIL, 2008, Eixo II, Res. n. 45).

Embora o tema das fundações públicas de direito privado tenha sido destacado como uma das principais lacunas da 13ª Conferência Nacional de Saúde por vários dos gestores entrevistados para este trabalho, é importante chamar a atenção para o fato de que a opção “anti-privatização” da conferência não fechou as portas para soluções de gestão das unidades e do sistema, desde que baseadas no direito público. A questão das fundações públicas de direito privado não pode ser vista como panacéia para um sistema ainda não estruturado conforme a diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede. O problema da gestão tanto do sistema, quanto das unidades do SUS, segue em aberto, representando um dos grandes desafios para o melhor funcionamento do sistema, o que exigirá uma superação do atual impasse entre os gestores e os movimentos sociais.

É importante observar que, independente da decisão da conferência, em alguns estados da Federação, como é o caso do Rio de Janeiro, São Paulo e Sergipe, prossegue a instalação de fundações estatais para a gestão de unidades públicas de saúde, inclusive com decisões favoráveis da justiça (NE-NOTÍCIAS, 27/02/09). O que confirma o quadro de afastamento entre gestores e ativistas na saúde pública brasileira.

Acesso

Acesso se refere à capacidade do sistema de saúde de produzir serviços que atendam às necessidades de atenção à saúde, manifestas e potenciais, individuais e coletivas, em local e tempo oportunos.

A OPS, no documento “Lineamientos Metodológicos para la elaboración de los perfiles de los sistemas de salud” utiliza indistintamente os termos acesso ou acessibilidade. Nesse documento, o acesso (ou acessibilidade) está sujeito a fatores relacionados às condições de operação do sistema de saúde de cada país e é entendido como a

“probabilidad de obtener atención de salud cuando se requiere [...] El acceso supone que la provisión de servicios es receptiva a las necesidades de los usuarios del sistema de atención de salud, y está abierta a la participación en la planificación de dichos servicios por los grupos vulnerables de población.”

A concepção assumida pela OPS incorpora o princípio da participação social como requisito do sistema de saúde e chama a atenção para a necessidade de que o sistema de saúde considere, em suas estratégias, as barreiras físicas, econômico-financeiras e culturais que podem afetar o acesso.

É importante considerar, ainda, que o acesso pode ser afetado por obstáculos decorrentes de fatores institucionais, relacionados às regras de funcionamento do sistema de saúde, capazes de constituir empecilho ao uso oportuno do sistema de saúde (como, por exemplo, exigências formais (endereço/documentos, etc.); formas de operação, como horário de funcionamento, ausência de mecanismos institucionalizados de referência a recursos diagnósticos ou terapêuticos, etc.) Este conteúdo foi um dos mais importantes da conferência, considerando-se o grande número de resoluções e moções a ele relacionados. A Tabela 5, a seguir, apresenta os resultados quantitativos relativos às resoluções e moções sobre o assunto, agrupando-as em três conjuntos categoriais: a) áreas de difícil acesso; b) acesso de grupos específicos; e c) acesso universal.

No Anexo 5, encontra-se quadro com as categorias adotadas para analisar as resoluções e moções relativas ao tema do acesso à saúde, ou às informações sobre a saúde e os respectivos códigos utilizados. A cada uma dessas categorias, o quadro do Anexo 5 também relaciona as resoluções e moções aprovadas.

Os dados da tabela revelam que as resoluções de caráter universal (46) predominaram amplamente, representando mais de 60% de todas as resoluções relativas ao acesso ao sistema, a seus serviços e bens (medicamentos e insumos). Já as resoluções de caráter específico representaram menos de 32% das resoluções sobre o assunto. Esta diferença entre resoluções de caráter universal e as de caráter mais específico contradiz opiniões manifestadas por alguns gestores entrevistados, para quem teria havido “predominância de propostas de grupos mais articulados”, ou a “pulverização temática” da conferência.

Tabela 5: Resoluções e moções aprovadas e rejeitadas da categoria “acesso à saúde” na 13ª Conferência Nacional de Saúde

Categorias	Resoluções e moções aprovadas		Resoluções Rejeitadas	
	nº	%	nº	%
Difícil acesso	6	7,89	0	-
ADA	6	7,89	0	-
Específicas	24	31,58	0	-
ADQS	1	1,32	0	-
AGES	2	2,63	0	-
AGSa	2	2,63	0	-
APCT	1	1,32	0	-
APIS	3	3,95	0	-
APISa	2	2,63	0	-
APNIS	1	1,32	0	-
APNSa	3	3,95	0	-
APPS	3	3,95	0	-
APSa	6	7,89	0	-
Universais	46	60,53	2	100,00
AUCS	1	1,32	0	-
AUIS	5	6,58	0	-
AUMC	2	2,63	1	50,00
AUMed	7	9,21	0	-
AUPIC	1	1,32	0	-
AUPIS	1	1,32	0	-
AUPS	5	6,58	0	-
AUS	17	22,37	0	-
AUSA	2	2,63	1	50,00
AUSB	3	3,95	0	-
AUSM	1	1,32	0	-
AUSP	1	1,32	0	-
Total	76	100,00	2	100,00

Elaboração própria a partir de: MS/CNS, Relatório Consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde (2007) e Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde (2008).

6.3 Avaliação geral

A 13ª Conferência Nacional de Saúde foi até agora a maior e a mais polêmica das conferências de saúde já realizadas. Ela revelou ao mesmo tempo a pluralidade crescente da sociedade e dos interesses nela presentes – que, como vimos, não significa uma ameaça aos valores universais – e o afastamento entre os gestores e o movimento sanitário tradicional, de um lado, e os órgãos de participação social e novos movimentos sociais. A pluralidade esteve presente tanto na composição dos delegados, como na diversidade e no grande número de resoluções aprovadas. O afastamento se deu em torno de

um número pequeno de questões – aborto e fundações estatais de direito privado, principalmente, colocadas na agenda da Política Nacional de Saúde de forma apressada e sem maior preparação e debate.

A pluralidade crescente e a existência de um número expressivo de resoluções específicas desgostam muitos gestores, mas é preciso reconhecer que, afinal, a sociedade é cada vez mais plural e as necessidades de saúde são, de fato, diversas e específicas. Tais necessidades estão ligadas a condições – doenças, riscos, deficiências – e ciclos de vida – infância, juventude, velhice. É inevitável que à medida que a sociedade se torna mais complexa e organizada, novas necessidades venham a ser reconhecidas e encontrem meios de se organizar e se expressar. Deve-se dizer mais, talvez este seja o único caminho para que uma política social da importância do SUS venha a se tornar de fato universal, atendendo a todos os cidadãos.

O afastamento entre os gestores e os órgãos de participação social é problema real e grave que não pode ser resolvido ressentimento mútuo e crescente, com acusações e adjetivos duros lançados de parte a parte. Sua continuidade e agravamento prejudicam o SUS e a efetividade de suas ações e serviços. O problema precisa ser reconhecido e enfrentado por meio da mudança de postura, do acordo em torno de novos métodos democráticos de organização, da e condução dos trabalhos que ao mesmo tempo permita a expressão da pluralidade, das necessidades de grupos minoritários e a formação de maiorias em torno de diretrizes verdadeiras para a política de saúde. Do contrário, as conferências correm o risco real de se tornarem inócuas, com efeito reduzido ou mesmo nulo em termos do direcionamento da política de saúde, ou, como disse um dos entrevistados “se a 8ª Conferência Nacional de Saúde tivesse a mesma dinâmica da 13ª, o SUS não teria nascido...”.

O verdadeiro desafio é chegarmos a um modelo de organização e funcionamento das conferências em que a participação social promova e sustente a permanente renovação da relevância pública da saúde em favor do fortalecimento do sistema público de saúde no Brasil.

7. Questões sobre o fortalecimento das conferências

Como apontado ao longo deste estudo, o caráter participativo da gestão do sistema de saúde foi um processo construído em décadas de lutas, com avanços cumulativos. Até a 7ª conferência, em 1980, apenas gestores, alguns técnicos e especialistas convidados participavam das discussões relacionadas à política de saúde nesses foros.

A 8ª conferência representou um divisor de águas. Ainda assim, não contou com a presença de provedores privados, que reagiram à sua abertura a outras forças sociais e

se recusaram a participar. A representação de usuários era ainda pequena: centrais sindicais, associações de moradores. Até então, poucos eram os movimentos específicos da área da saúde existentes. Mas significou maior diversidade de atores e maior abrangência regional permitindo a emergência de muitas questões que até então estavam ausentes da agenda setorial.

Após a Constituição Federal de 1988, e especialmente a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde, já posterior à Lei Orgânica da Saúde, houve grande expansão do processo de participação. A implantação de conselhos de saúde e a realização de conferências em um número crescente de municipalidades resultaram em intensa mobilização, ampliação da gama de atores envolvidos; aumento da heterogeneidade de interesses e maior diversidade de origem regional dos participantes das conferências nacionais.

Em análise sobre os conselhos de saúde, que pode ser estendida às conferências de saúde, Labra (2005) destaca seu papel inovador e sua importância na reconfiguração do Estado brasileiro e em suas relações com o tecido social após a Constituição Federal de 1988: “os conselhos de saúde constituem uma inovação política, institucional e cultural da maior relevância para o avanço da democracia e do SUS e uma singularidade no contexto latino-americano.” (LABRA, 2005).

No contexto político institucional e cultural brasileiro, marcado por uma história de centralização, dominância de práticas burocráticas autoritárias, clientelismo, patrimonialismo e corporativismo não foi uma conquista trivial. Mudanças com a profundidade representada pelo novo arranjo institucional desenhado para a operação do sistema de saúde enfrentam muitos desafios para sua concretização e demandam permanente revisão de seus mecanismos de operação, em constante processo de aperfeiçoamento.

Não obstante as falhas que ainda persistem e os aperfeiçoamentos necessários, o SUS é visto como modelo para arranjos de articulação entre entes federados e democratização do processo decisório, não apenas por outras áreas do Estado brasileiro como também por organismos internacionais. A Organização Mundial de Saúde, no seu relatório de 2008 sobre a saúde mundial, destaca a experiência brasileira de conferências de saúde entre os exemplos de avanços na construção de processos decisórios participativos (THE WORLD HEALTH REPORT, 2008, pag. 110).

Tão importante quanto sua contribuição ao direcionamento da política de saúde, as conferências tem tido papel fundamental na construção de consciência nacional sobre o direito à saúde e a importância do SUS, assim como de suporte político, em âmbito local e estadual, para a implementação de ações que implicam redirecionamento do modelo de atenção.

Com a preocupação de aprofundar esses avanços, apontamos, a seguir, aspectos que merecem ser tomados em consideração na preparação das próximas conferências de saúde, como subsidio ao debate sobre seu aperfeiçoamento.

O primeiro diz respeito ao número muito grande e crescente de resoluções das últimas conferências nacionais, que dificulta ou impossibilita a clara identificação das

diretrizes para a política de saúde, fragilizando a realização de seu objetivo institucional. A extrema particularização das demandas parece explicar esse fenômeno. Neste sentido, parece indispensável se enfrentar a necessidade de um esforço de síntese, com formulações abrangentes, para que o debate permita escolhas claras sobre as prioridades em termos de diretrizes para a política de saúde em âmbito nacional. Do contrário, os resultados das conferências tendem a se perder e as mesmas a se tornarem apenas palco para o exercício de retórica militante, com escasso efeito real sobre as políticas do SUS.

Outra questão diz respeito ao formato das conferências, em que todos os participantes devem discutir todos os temas. Apesar de constituir uma forma aparente de assegurar a ampla participação democrática, este formato evidentemente prejudica o aprofundamento do debate sobre as questões e contribui para o tratamento superficial e retórico das mesmas. É necessário construir canais efetivamente democráticos, o que significa o aperfeiçoamento dos mecanismos de representação e de debate das questões.

O formato das conferências precisa ser seriamente debatido para que seja possível encontrar caminhos alternativos, democráticos e mais adequados à expressão dos interesses concretos da sociedade e das necessidades reais da política de saúde.

É também necessária uma reflexão serena sobre o distanciamento entre gestores, conferências e conselhos de saúde, reconhecido em documento do próprio Conselho Nacional de Saúde, na literatura e nos depoimentos tomados para este trabalho. Este problema é grave e tende a gerar impasses contraproducentes para o SUS e para as necessidades de saúde da população. Por seu enraizamento cultural, não é problema fácil de ser resolvido. Exige mudança de postura de ambas as partes.

O exercício de aprender a lidar com processos decisórios democratizados, a ouvir mais, a aceitar o debate aberto, a reconhecer a existência de visões e posições diferentes como legítimas, a se despir de atitudes defensivas, às vezes agressivas, que não contribuem para o avanço do debate, é complexo e às vezes demorado. Mas é imprescindível para que as necessidades de saúde da população sejam as prioridades do debate, sob risco de este se tornar mero cabo de guerra estéril. A mudança de postura requerida de ambas as partes corresponde ao amadurecimento do processo democrático e é indispensável para que o SUS funcione de forma mais efetiva.

O processo democrático requer regras claras de funcionamento dos organismos democráticos e crescentes graus de respeito à diversidade de interesses e posições. A democracia tem sido um exercício permanente de aperfeiçoamento de regras de convivência que garantam tanto a formação de decisões que reflitam a vontade da maioria, quanto assegurem proteção para as minorias, de forma que estas possam defender seus legítimos pontos de vista.

Neste sentido é preciso refletir sobre o funcionamento dos conselhos e conferências, em busca de aperfeiçoamento dos mecanismos democráticos e representativos do Estado. O surgimento de um ativismo semi-profissional em torno das políticas sociais é

um fenômeno comum em todo o mundo. A questão é que tal tipo de ativismo tende a gerar comportamentos claramente corporativos, que podem se distanciar – e muitas vezes se distanciam – dos interesses concretos dos setores sociais representados pelos ativistas. Os próprios participantes da 13ª conferência (BRASIL, 2008) parece terem reconhecido o problema ao debaterem e sugerirem a fixação de prazos máximos para o exercício da atividade de conselheiro nas três esferas de governo de forma a se garantir a renovação dos conselhos:

Os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde devem discutir a adequação do número de conselheiros e a sua composição paritária entre os segmentos, delimitando o período de representação dos conselheiros para garantir a renovação do seu pleno e limitando a participação da mesma pessoa em várias comissões temáticas, para ampliar o número de participantes nos diferentes espaços de controle social (Idem, Tema III, Res. n. 64).

Que os mandatos dos conselheiros nacionais, estaduais e municipais sejam de dois anos, prorrogáveis por mais um mandato, respeitando a rotatividade da participação social, evitando vícios e a defesa de interesses próprios (Idem, Tema III, Res. n. 84).

Diante das questões apontadas, o desafio que está colocado é a busca de aperfeiçoamento do processo de participação e controle social no SUS.

A discussão sobre o formato e o processo de preparação e realização da 14ª Conferência Nacional de Saúde precisa ser desencadeada imediatamente para que seja possível construir consensos e renovar as formas de exercício dessa relevante conquista do sistema de saúde brasileiro.

Referências

Bibliográficas

ADESSE, L.; MONTEIRO, M. F. G. **Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais**. Rio de Janeiro: IPAS e Instituto de Medicina Social (IMS) da UERJ. Disponível em: <http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2008.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DA AIDS. **Abia participa da entrega do Efavirenz nacional**. ABIA, 17/02/09. Disponível em: <<http://www.agenciaaids.com.br/site/noticia.asp?id=11580>>. Acesso em: 18 fev. 2008.

AQUINO, R. S. L.; VIEIRA, F. A. C.; AGOSTINO, C. G. W.; ROEDEL, H. **Sociedade Brasileira: uma história através dos movimentos sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

AROUCA, S. O eterno guru da reforma sanitária (entrevista). Rio de Janeiro: **RADIS**, Comunicação em saúde, v. 3, p. 18-21, out. 2002.

ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 285-306.

BAHIA, L. COSTA, N. STRALEN, C. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. sup. p. 1791-1818, nov. 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BATISTA JÚNIOR, F. "A 13ª percebeu que o SUS está privatizado". **RADIS**, v. 65, p. 14-15, jan. 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.

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

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **Primeira reunião de análise de conjuntura do CEBES - setembro 2006**. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/default.asp?mNoti_Acao=mostraNoticia¬iciaId=28&paginaId=134&site_Acao=MostraPagina>. Acesso em: 25 fev. 2009.

COHN, A. Políticas de saúde e reforma sanitária hoje: delimitações e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 13 (Sup. 2), p. 2019-2028, 2008.

CORTES, S.M.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, ano 4, n. 7, p. 18-49, jan./jun. 2002.

COSTA, A.M.; LIONÇO, T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 47-55, maio/ago. 2006.

DOMINGUEZ, B. C. Tudo pronto para um debate ágil e produtivo. **RADIS** n. 63, p. 10-14, nov. 2007.

ELIAS, N. O processo civilizador: formação do estado e civilização. V. 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (ENSP). Evento se destaca pelo que rejeitou, não pelo que aprovou. **RADIS**, v. 65, jan. 2008.

ESCOREL, S. **A reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

ESCOREL, S.; BLOCH, R.A. As conferências nacionais e saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 83-119.

G1 – GLOBO.COM. **Arcebispo excomunga médicos e parentes da menina que fez aborto**. 05/03/09. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Brasil/>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

GOHN, Maria da Glória. **Teoria dos movimentos sociais, paradigmas clássicos e contemporâneos**. São Paulo: Edições Loyola, 2000.

GORENDER, J. **Combate nas trevas, a esquerda brasileira: das ilusões perdidas à luta armada**. São Paulo: Editora Ática, 1987.

GRAU, N. C. **Repensando o público através da sociedade: novas formas de gestão pública e representação social**. Rio de Janeiro/Brasília: Revan/ENAP, 1998.

GUERSCHMAN, S. **A democracia inclusa, um estudo da reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

HEIMAN, L. S. et al. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/HUCITEC, 2000.

IPAS BRASIL. **Aborto inseguro e juventude: dados e subsídios para a ação política**. Rio de Janeiro: 2008. Disponível em: <www.ipas.org.br/arquivos/juventude.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2008.

LABRA, E. Conselho de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA et al. (Org). **Saúde e Democracia**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 353-383.

LAVOR, A.; DOMINGUEZ, B. C.; MACHADO, K.; CARVALHO M. Encontro de paradoxos. **RADIS**, v. 65, p. 9-13, jan. 2008.

_____. Da bagunça ao método. **RADIS**, v. 65, p. 25-27, jan 2008.

LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde, v. 10, n. 3, p. 1037-1051, set./dez. 2003. **História, Ciências, Saúde**. Manginhos, Rio de Janeiro.

MARTINS, P. C. et al. Conselhos de saúde e a participação social no Brasil: matizes da utopia. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 105-121, 2008.

MIR, L. **Partido de Deus: fé, poder e política**. São Paulo: Alaúde Editorial, 2007.

NE-NOTÍCIAS. Sergipe: Juiz não concede liminar à OAB e concurso da Saúde está mantido. 27/2/2009. Disponível em: <www.nenoticias.com.br>. Acesso em: 2 mar. 2009.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração universal dos direitos humanos** (1948). Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>. Acesso em 5 fev. 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SALUD. **Lineamientos Metodológicos – perfiles de los sistemas de salud**. Washington, OPS, 2006.

PELLEGRINI, B. O discurso do gestor federal no processo de descentralização política: obstáculos à municipalização do SUS **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 325-333, 2007.

PINHEIRO, M. C.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. Equidade em saúde nos relatórios das conferências nacionais de saúde pós-Constituição Federal brasileira de 1988. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 449-458, mar./abr. 2005.

PINHEIRO, R.; DAL POZ, M. R. **Democratização e controle social na saúde: análise do Conselho Estadual de Saúde do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995. p. 32. (Estudos em Saúde Coletiva, 109).

POLANYI, K. **The Great Transformation, the political and economic origins of our time**. Boston: Beacon Press, 1998.

REVISTA RADIS – comunicação em saúde – Ed. n. 65, jan. 2008: 13ª Conferência Nacional de Saúde: Evento se destaca pelo que rejeitou, não pelo que aprovou. Fiocruz, 2008.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 81-92, jan./mar. 1997.

ROCHA, R. L. Sumário comentado (Editorial). **RADIS**, v. 65, p. 3, jan. 2008.

RODRIGES, P. H. A. R.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

SANTOS, Boaventura de S. **Pela mão de Alice, o social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Cortez Editora, 1997.

SCHIMITT, R. **Partidos políticos no Brasil (1945-2000)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

SILVA, I. F.; LABRA, M. E. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 161-170, jan./fev. 2001.

TILLY, Charles. **Coerção, capital e estados europeus**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996.

VIEIRA O. V. **A gramática dos direitos humanos**. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/educar/academia/coloquio/vilhena_gramatica.html>. Acesso em: 2 fev. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008, Primary Health Care – Now More Than Ever**. Genebra, WHO, 2008.

Documentais

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de outubro de 1988.

_____. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990a.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde (LOS)**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Lista de Conselheiros** - 09 de fevereiro de 2009. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em: 13 fev. 2009.

_____. **Regimento da 13ª Conferência Nacional de Saúde**, aprovado na 34ª extraordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada no dia 30 de março de 2007. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_13confere/index.html>. Acesso em: 7 fev. 2009.

_____. **Resolução n. 333, de 04 de novembro de 2003**. Aprova diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde. 2003.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 319, de 07 de novembro de 2002**. Revoga a Resolução n. 33 de 23 de dezembro de 1992.

_____. **Resolução n. 33, de 23 de dezembro de 1992**. Aprova o documento "Recomendações para a constituição e estruturação de conselhos estaduais e municipais de saúde".

_____. Ministério da Educação e Saúde. **1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Educação e Saúde, 1941.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS - NOB-SUS 01/96**: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Diário Oficial da União, 06/11/96. p. 22.932-22.940.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS n. 546, 25 maio 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica SUS 01/93.

_____. **III Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1963.

_____. **4ª Conferência Nacional de Saúde**, recursos humanos para as atividades de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1967.

_____. **V Conferência Nacional de Saúde**, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1975.

_____. **VI Conferência Nacional de Saúde**, relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

_____. **7ª Conferência Nacional de Saúde, Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 1980.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde** – relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. **IX Conferência Nacional de Saúde** – relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1992a.

_____. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992b.

_____ e Conselho Nacional de Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final/ Brasília: Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde, 2001.

_____. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2004.

_____. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. **Relatório Consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2007.

BRASIL, Presidência da República, **Decreto n. 6.788, de 30 de janeiro de 1941**. Convoca a 1ª Conferência Nacional de Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Educação e dá outras providências.

_____. **Decreto n. 8.985, de 28 de julho de 2000**. Convoca a 11ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências.

_____. **Decreto n. 9.872, de 05 de maio de 1990**. Convoca a 12ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências.

_____. **Decreto n. 67.300, de 30 de setembro de 1970**. Dispõe sobre o Conselho Nacional de Saúde e dá outras providências.

_____. Decreto n. 91.982, de 25 de novembro de 1985. Dispõe Sobre a Composição do Conselho de Desenvolvimento Social-CDS

_____. Decreto 84.106, de 22 de outubro de 1979. Altera a redação do art. 7º do Decreto nº 81.384, de 22 de fevereiro de 1978, que dispõe sobre a concessão das vantagens previstas na Lei n. 1.234, de 14 de novembro de 1950.

_____. Decreto s/n., de 10 de maio de 2007: Convoca a 13ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.conselho.saude.gov.br/legislacao/decreto13.htm>>. Acesso em: 7 fev. 2009.

DATASUS. XIII Conferência Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conferencia.datasus.gov.br/conferenciav4/cns/site/default.php?banco=3cns&sigla=XIIICNS&edicao>>. Acesso em: 27 jan. 2009.

Anexo I: Comissões do Conselho Nacional de Saúde

- Alimentação e Nutrição (Cian).
- Saúde Mental (Cism).
- Ciência e Tecnologia (CICT).
- Saúde Indígena (Cisi).
- Comunicação e Informação (Cicis).
- Saúde da Mulher (Cismu).
- Eliminação da Hanseníase (Cieh).
- Saúde do Idoso (Cipsi).
- Ética em Pesquisa (Conep).
- Saúde Suplementar (CPSS).
- Educação Permanente (CIEPCSS).
- Trauma e Violência (CIPTV).
- DST e AIDs (Capda).
- Pessoa com Deficiência (CISPD).
- Orçamento e Financiamento (Cofin).
- Pessoas com Patologias (Cipp).
- Saúde do Trabalhador (Cist).
- Práticas Integrativas e Complementares no SUS (CIPICSUS).
- Recursos Humanos (CIRH).
- População Negra (CISPN).
- Saneamento e Meio Ambiente (Cisama).

Anexo 2: Tema: “regulamentação da EC n. 29 e CPMF” na 13ª Conferência Nacional de Saúde (Relatório consolidado x final)

Chaves de pesquisa: “EC n. 29”; “Regulamentação da EC n. 29”; “Emenda Constitucional”; “CPMF”; “Contribuição Provisória”; “PLP 1-B/03”.

Resoluções – Eixo II

Obs: não há qualquer menção ao tema no Eixo I.

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
1	II, 11: Garantir que, enquanto vigorar, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) tenha aplicação integral de sua arrecadação para a saúde, conforme proposição original, com ênfase na atenção básica e promoção de saúde, com destinação proporcional de recursos aos municípios, e transferência fundo a fundo, assegurando-se o Controle Social e ampla divulgação da prestação de contas e excluindo-se de seus investimentos os programas de assistência (bolsa família, vale gás entre outros), e com ressarcimento ao Orçamento da Saúde dos recursos utilizados indevidamente.	II, 11 Garantir que, enquanto vigorar, a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) tenha aplicação integral de sua arrecadação para a saúde, conforme proposição original, com ênfase na atenção básica e na promoção de saúde, com destinação proporcional de recursos aos municípios, e transferência fundo a fundo, assegurando-se o controle social e a ampla divulgação da prestação de contas e excluindo-se de seus investimentos os programas de assistência (bolsa família, vale gás, entre outros), e com ressarcimento ao Orçamento da Saúde dos recursos utilizados indevidamente.
	II, 12: Garantir que os recursos disponibilizados para saúde por meio da CPMF tenham um percentual diferenciado para região amazônica.	
	II, 257: O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem rever o Plano Diretor de Regionalização e de Investimentos (PDR e PDI), e qualificar a gestão do planejamento, gerenciamento e avaliação do financiamento do SUS e da execução da Programação Pactuada e Integrada (PPI) quanto ao alcance de resultados sanitários com a definição das responsabilidades e os recursos financeiros suficientes para realizar as ações preconizadas no Pacto, respeitando a EC n. 29 e a adoção de medidas punitivas para o gestor não cumpridor desses dispositivos.	

Resoluções – Eixo II, Inéditas (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
		II, Inéditas, 93: Garantir que os recursos disponibilizados para a saúde por meio da CPMF tenham distribuição equitativa (percentual diferenciado) para os estados e municípios da região amazônica e da região do semi-árido, viabilizando a sustentabilidade financeira para cobertura das ações.

Moções

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
		M 52: Moção de apoio à regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 no Senado, com garantia mínima de 10% da receita corrente bruta da União para a saúde – Apoiamos a regulamentação, no Senado, da EC nº 29, garantindo no mínimo 10% da receita corrente bruta da União para a saúde, com a possibilidade de escalonamento previsto para 2008 (8,5%), 2009 (9%), 2010 (9,5%) e 2011 (10%), que remarcará um novo movimento de centralização do SUS no território nacional.
		M 75: Moção de repúdio pelo não cumprimento da EC n. 29 – Repudiamos os gestores públicos estaduais de saúde, da grande maioria dos estados brasileiros, que não cumprem a EC n. 29, que não honram o financiamento de programas de suas responsabilidades, como farmácia básica, por exemplo, e por considerarem, no orçamento da saúde, gastos não relacionados ao SUS, como despesas com inativos, com institutos de previdência, etc.
		M 150: Moção de apoio ao financiamento adequado do SUS e pela regulamentação da EC nº 29, de acordo com o que preceitua a Constituição Federal/88 – Considerando a responsabilidade de representar milhões de brasileiros e brasileiras e primando pelo empenho de aprimorar o Sistema Único de Saúde (SUS), defende-se o adequado financiamento do setor saúde, desafio importante e urgente a ser enfrentado, no sentido de assegurar o SUS como política universal e inclusiva da sociedade brasileira, destacando: a importância do projeto de regulamentação da EC nº 29 aprovado na Câmara dos Deputados; a reorientação do modelo de atenção, priorizando o cuidado às pessoas e a relação interativa e solidária entre trabalhadores, gestores e usuários; o aprimoramento do modelo de gestão e a ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde com qualidade e humanizado; a reivindicação que na regulamentação pelo Senado Federal, seja assegurado aporte de recursos financeiros superior ao aprovado na Câmara; e a consolidação do Sistema Único de Saúde como política de Estado.

Anexo 3: Tema: “Fundações públicas de direito privado” na 13ª Conferência Nacional de Saúde (Relatório consolidado x final)

Chaves de pesquisa: “fundações públicas de direito privado”; “fundação”; “privatização”; “privatizar”; “gestão pública”; “gestão privada”; “terceirizar”; “terceirização”; “público-privado”.

Resoluções – Eixo II

Obs: não há qualquer menção ao tema no Eixo I.

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
1	II, 51: Fortalecer a gestão e a rede pública de saúde e rejeitar a adoção do modelo de gerenciamento por fundação estatal de direito privado, Organizações Sociais (OS) e Organizações Sociais de Interesse Público (Ocip), bem como regimes de concessão pública, ampliando os serviços públicos como condição para efetivar a universalidade e a integralidade da atenção.	II, 42: Fortalecer a gestão e a rede pública de saúde e rejeitar a adoção do modelo de gerenciamento por fundação estatal de direito privado, Organizações Sociais (OS) e Organizações Sociais de Interesse Público (Oscip), bem como regimes de concessão pública, ampliando os serviços públicos como condição para efetivar a universalidade e a integralidade da atenção.
2	II, 54: Não privatizar o SUS. Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde se posicione contra o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado e/ou Organização Social, e/ou Organizações Sociais de Interesse Público (Oscip), em qualquer esfera do governo (Federal, estadual e municipal), tendo em vista ferir os princípios do SUS e controle social, pondo em risco o acesso em qualidade dos serviços aos usuários. E, que o Ministério da Saúde retire do Congresso Nacional o projeto de lei que dá direito a contratar serviços de saúde por meio de fundações estatais e articular os atores sociais para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde por meio de Oscip e OS.	II, 45: Não privatizar o SUS. Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde se posicione contra o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado e/ou Organização Social, e/ou Oscip em qualquer esfera do governo (federal, estadual e municipal), tendo em vista ferir os princípios do SUS e do controle social, pondo em risco o acesso com qualidade dos serviços aos usuários. Que o Ministério da Saúde retire do Congresso Nacional o projeto de lei que dá direito a contratar serviços de saúde por intermédio de fundações estatais e articular os atores sociais para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde por meio de Oscip e OS.
3	II, 56: Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde vede a terceirização das ações de Vigilância Sanitária, que são atribuições exclusivas do Estado brasileiro nas suas três esferas.	II, 47: Que a 13ª Conferência Nacional de Saúde vede a terceirização das ações de Vigilância Sanitária por serem atribuições exclusivas do Estado brasileiro nas suas três esferas.

4	II, 95: Instalar auditoria federal para investigar o processo de terceirização das ações de saúde, aplicação dos recursos financeiros destinados aos municípios para controle de endemias e a descentralização desses serviços. E, a revisão de todos os contratos de terceirização e, extinguindo a possibilidade de novos contratos desta natureza, pois encontra-se sem consonância com os princípios e diretrizes do SUS.	II, 74: Instalar auditoria federal para investigar o processo de terceirização das ações de saúde, a aplicação dos recursos financeiros destinados aos municípios para controle de endemias e a descentralização desses serviços, bem como a revisão de todos os contratos de terceirização, extinguindo a possibilidade de novos contratos dessa natureza, pois encontra-se sem consonância com os princípios e diretrizes do SUS.
---	---	---

Resoluções – Eixo II (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
5	II, 134: O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais devem fomentar a formação específica de gestores de saúde em instituições públicas, visando eficiência e eficácia na gestão pública, em compatibilidade com as necessidades do SUS, favorecendo que todos os gestores de unidades sejam profissionais habilitados e/ou qualificados na área da saúde para a função	II, 108: O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem fomentar a formação específica de gestores de saúde em instituições públicas, visando à eficiência e à eficácia na gestão pública, em compatibilidade com as necessidades do SUS, favorecendo que todos os gestores de unidades sejam profissionais habilitados e/ou qualificados na área da saúde para a função.

Resoluções – Eixo III

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
	III, 1: Que o Conselho Nacional de Saúde constitua uma comissão especial para diagnosticar a situação do SUS em todos os estados e no Distrito Federal, em especial para verificar as razões alegadas por alguns gestores sobre a necessidade de privatização de serviços de saúde.	

Resoluções – Eixo II, Inéditas

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
6		III, Inéditas, 48: Que os conselhos e sindicatos venham a garantir a transparência aos concursos públicos das três esferas de governo em suas cidades, fazendo respeitar: o número de vagas, o prazo determinado e a classificação, fazendo assim a moralidade do serviço público e garantindo a não-privatização deste.

Moções

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
1		M 15: Repúdio à terceirização do Sistema Único de Saúde (SUS) – Nós, usuários do SUS, repudiamos a terceirização do Sistema Único de Saúde, que vem causando muitas perdas à população brasileira, tendo como grande problema o distanciamento entre a necessidade real da atenção dos serviços de saúde que o usuário recebe e do que efetivamente precisa. Repudiamos também a falta de leitos que, com a privatização, diminuem.
2		M 28: Moção de repúdio à Fundação Estatal do Direito Privado – Nós, delegados (as) da 13ª Conferência Nacional de Saúde, nos posicionamos de forma contrária, repudiamos e exigimos a retirada do PL n. 92/07, em tramitação no Congresso Nacional, que cria as fundações estatais do direito privado, e todo o modelo de terceirização e privatização da saúde pública.

Anexo 4: Tema: aborto na 13ª Conferência Nacional de Saúde (Relatório consolidado x final)

Chaves de pesquisa: "Abortamento"; "Aborto"; "Descriminalização do aborto"; "Direitos sexuais e reprodutivos".

Resoluções – Eixo I

N.	Relatório Consolidado	Final
1	I, 30: Monitorar a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e adolescentes via Conselho Nacional de Saúde articulado com os conselhos de Educação e de Ciência e Tecnologia, considerando diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero, orientação sexual, geracionais, sofrimento psíquico, físico e/ou desempenho cognitivo, garantindo condições materiais, educacionais, políticas e simbólicas para o exercício de direitos das mulheres de forma livre e amparada socialmente, assegurando sua autodeterminação e impedindo ações coercitivas sobre suas escolhas sexuais e reprodutivas.	I, 30: Monitorar a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e de adolescentes via Conselho Nacional de Saúde articulado com os conselhos de Educação e de Ciência e Tecnologia, considerando diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero, de orientação sexual, geracionais, sofrimento psíquico, físico e/ou desempenho cognitivo, garantindo condições materiais, educacionais, políticas e simbólicas para o exercício de direitos das mulheres de forma livre e amparada socialmente, assegurando sua autodeterminação e impedindo ações coercitivas sobre suas escolhas sexuais e reprodutivas.
2	I, 36: Assegurar o atendimento aos casos de abortos previstos por lei ou em abortamento em curso, garantindo atenção psicológica e social integral à mulher.	I, 36: Assegurar o atendimento aos casos de abortos previstos por lei ou em abortamento em curso, garantindo atenção psicológica e social integral à mulher.
	I, 37: Assegurar os direitos sexuais e reprodutivos, respeitar a autonomia das mulheres sobre seu corpo, reconhecendo-o como problema de saúde pública, e discutir sua discriminação por meio de projeto de lei.	

Resoluções – Eixo II (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Final
3	II, 207: Assegurar por meio das três esferas de governo a assistência integral à mulher pré-gestacional dentro de suas necessidades, bem como a gestante (pré-natal, parto e pós-parto) incluindo obrigatoriedade do exame de toxoplasmose no pré-natal, estimulando e priorizando a realização de partos normais e humanizados, incluindo a definição antecipada da maternidade e cumprimento da lei que permita a presença de acompanhante, além de adequar as maternidades para o atendimento humanizado à parturiente e ao recém-nascido e assegurar a criação de núcleos de atendimento pós-aborto nas maternidades de referência.	II, 175: Garantir por meio das três esferas de governo o direito à assistência integral à mulher pré-gestacional dentro de suas necessidades, bem como à gestante (pré-natal, parto e pós-parto), incluindo a obrigatoriedade do exame de toxoplasmose no pré-natal, estimular e priorizar a realização de partos normais e humanizados, incluindo a definição antecipada da maternidade e informando, previamente, o local adequado para a realização do parto humanizado e sem dor; cumprir a lei que permite a presença de acompanhante; garantir a presença do pai nas salas de parto das maternidades do SUS, garantindo à mulher a possibilidade de escolha, além de adequar as maternidades para o atendimento humanizado à parturiente e ao recém-nascido e assegurar a criação de núcleos de atendimento pós-aborto nas maternidades de referência.
4	II, 219: Implementar o programa de atendimento às mulheres vítimas de violência (em cumprimento da Lei Maria da Penha) e de abortamento, com orientações e apoio psicológico nas unidades de saúde.	II, 187: Implementar o programa de atendimento às mulheres vítimas de violência (em cumprimento à Lei Maria da Penha) e de abortamento, com orientações e apoio psicológico nas unidades de saúde.

Moções

N.	Relatório Consolidado	Final
1		106: Repúdio ao Projeto de Lei (PL n. 1.135/91) que legaliza o aborto até o nono mês de gravidez.

Anexo 5: Tema: “Acesso a serviços de saúde” na 13ª Conferência Nacional de Saúde (Relatório consolidado x final)

Procedimentos de análise do tema “Acesso”

Regras

CONVENÇÕES PARA A NUMERAÇÃO DAS RESOLUÇÕES E MOÇÕES

Este procedimento é válido para todos os temas analisados. Em todos os quadros elaborados para a classificação das categorias (ver abaixo) de análise foram adotadas as seguintes convenções para a numeração das resoluções e moções:

- I – Eixo I.
- I i – Eixo I, Inéditas.
- II – Eixo II.
- II i – Eixo II, Inéditas.
- III – Eixo III.
- III i – Eixo III, Inéditas.
- M – Moções.

NUMERAÇÃO E SUA LOCALIZAÇÃO

- Só foram numeradas as resoluções constantes do Relatório final.
- Resoluções e moções têm numeração própria.
- Todas as siglas relativas às categorias adotadas para a classificação das resoluções e moções foram colocadas na coluna relativa ao Relatório Consolidado para facilitar sua classificação.

CATEGORIZAÇÃO

Em relação ao tema “Acesso”, acima referido, foram estabelecidas categorias específicas de análise e conjuntos categoriais (que reúnem as categorias específicas), com base em Bardin (2004). Nos quadros usados para a classificação das resoluções e moções foram destacados (com marca texto) os termos chave, tal marcação foi feita prioritariamente em relação às resoluções constantes do Relatório Consolidado das conferências estaduais (coluna 2: “Relatório Consolidado”), sendo feita em caráter excepcional em relação às resoluções inéditas e moções do Relatório Final (coluna 3: “Relatório Final”). Em todos eles foi indicada a numeração das resoluções e moções de acordo com os mesmos critérios adotados pelos relatórios (ver subitem “Convenções”, a seguir). As categorias e conjuntos categoriais adotados são apresentados a seguir.

DIFICULDADES DE CATEGORIZAÇÃO

Algumas resoluções e moções foram de difícil classificação ou categorização. Tais resoluções e moções são assinaladas a seguir, com explicação das decisões tomadas.

- Resolução do Eixo II, n. 201 (Acesso do usuário ao diagnóstico e tratamento de câncer): embora os pacientes com câncer sejam claramente um grupo específico (apesar de numeroso), o acesso ao diagnóstico é claramente uma questão universal, desta maneira optou-se por classificá-la como "Acesso Universal à Saúde" (AUS).
- Moção n. 67 (Inclusão de fisioterapia no Programa Saúde da Família (PSF) para portadores de deficiência e idosos), como ela se dirige ao mesmo tempo a um público específico (pessoas com deficiência) e a um público de caráter geral (idosos), optou-se por classificá-la como: "Acesso Universal à Saúde" (AUS), por ser o segundo público mais abrangente.

Outras abordam mais de uma categoria, tendo sido classificadas dessa forma, portanto, são exemplos deste tipo de caso:

- Resolução do Eixo I, n. 45 (Titular os territórios rurais quilombolas como forma de promoção de saúde, [...] e garantir o acesso dessa população ao SUS em todas as esferas e níveis de complexidade, assegurando a infra-estrutura adequada para o acesso...): tendo sido classificada ao mesmo tempo como: "Acesso da População Negra a serviços de Saúde" (APNSa) e "Área de Difícil Acesso" (ADA).
- Resolução do Eixo I, n. 46 (Sensibilizar os profissionais de saúde quanto ao respeito às diversidades cultural e antropológica e às escolhas religiosas dos usuários, em especial as culturas afrodescendente e indígena, reconhecendo suas tradições, saberes, crenças, plantas medicinais e rituais de cura, garantindo o acesso a todos os níveis de atenção à saúde): tendo sido classificada ao mesmo tempo como: "Acesso da População Negra a serviços de Saúde" (APNSa) e Acesso dos Profissionais à Informação sobre Saúde (APIS).

Chaves de pesquisa: "Acesso a ações e serviços de saúde"; "Áreas de difícil acesso"; "Acesso a políticas sociais"; "acesso à informação".

Resoluções – Eixo I

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
1	I, 11: Exigir o cumprimento de normas da Vigilância Sanitária que garantam o acesso da população a serviços e produtos de fontes seguras e de qualidade monitorada, ligados à saúde, como alimentos, medicamentos, fitoterápicos, cosméticos, saneantes, produtos de saúde, produção para o Programa Fome Zero e outros contemplados pela legislação vigente, por meio de análises laboratoriais, atendendo às atividades programadas, denúncias e surtos, promovendo ações de educação sanitária com participação da comunidade e do controle social. AUSP	I, 11: Exigir o cumprimento de normas da Vigilância Sanitária que garantam o acesso da população a serviços e produtos de fontes seguras e de qualidade monitorada, ligados à saúde, como alimentos, medicamentos, fitoterápicos, cosméticos, saneantes, produtos de saúde, produção para o Programa Fome Zero e outros contemplados pela legislação vigente, por meio de análises laboratoriais, atendendo às atividades programadas, denúncias e surtos, promovendo ações de educação sanitária com participação da comunidade e do controle social.
2	I, 13: Ampliar o acesso a programas de moradias populares, garantindo financiamento para reforma das existentes e reavaliação dos projetos de urbanização, incluindo segurança pública, áreas de lazer, esporte, cultura e oferta de transporte escolar gratuito. AUPS	I, 15: Ampliar o acesso a programas de moradias populares, garantindo financiamento para reforma das existentes e reavaliação dos projetos de urbanização, incluindo segurança pública, áreas de lazer, esporte, cultura e oferta de transporte escolar gratuito.
3	I, 17: Garantir investimento para construção, abertura, recuperação e conservação de estradas e pontes que facilitem o acesso da população aos serviços de saúde. ADA .	I, 17: Garantir investimento para a construção, abertura, recuperação e conservação de estradas e pontes que facilitem o acesso da população aos serviços de saúde.
4	I, 22: Articular as políticas econômicas e sociais para pautar um processo de crescimento e desenvolvimento econômico baseado no direito à vida, no direito à saúde e na sustentabilidade ambiental, com a adoção de uma política macroeconômica nucleada na redução da taxa de juros e fim do superávit primário, essenciais para viabilizar a ampliação do acesso ao trabalho, educação, moradia, transporte e lazer, estimulando a economia solidária e sua sinergia com as formas comunitárias de produção, microempresas e reorientação das políticas públicas. AUPS	I, 22: Articular as políticas econômicas e sociais para pautar um processo de crescimento e desenvolvimento econômico baseado no direito à vida, no direito à saúde e na sustentabilidade ambiental, com a adoção de uma política macroeconômica nucleada na redução da taxa de juros e no fim do superávit primário, essenciais para viabilizar a ampliação do acesso ao trabalho, à educação, à moradia, ao transporte e ao lazer, estimulando a economia solidária e sua sinergia com as formas comunitárias de produção, microempresas, e reorientação das políticas públicas.

Resoluções – Eixo I (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
5	I, 31: Desenvolver ações intersetoriais para a educação das pessoas quanto aos direitos humanos e o respeito à diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem os direitos sociais, as questões de discriminação em diversos âmbitos, os estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso, entre outros, além de implementar políticas específicas pautadas nas desigualdades de gênero, de orientação sexual, raça, etnia, cor e necessidades especiais, garantindo o controle social e acesso aos benefícios de seguridade social pelas instituições governamentais. AUPS	I, 31: Desenvolver ações intersetoriais de educação em direitos humanos e respeito à diversidade, efetivando campanhas e currículos escolares que abordem os direitos sociais, o enfrentamento às discriminações em diversos âmbitos, os estatutos da Criança e do Adolescente e do Idoso, entre outros, além de implementar políticas específicas de enfrentamento das desigualdades de gênero, de orientação sexual, raça, etnia e necessidades especiais, garantindo o controle social e o acesso aos benefícios de seguridade social pelas instituições governamentais.
6	I, 32: Estabelecer fluxos contínuos e articulações entre os projetos de geração de renda e as políticas de saúde, com redimensionamento e fortalecimento de políticas sistêmicas (construções de casas populares), para a valorização da qualidade de vida da população urbana e rural, principalmente em assentamentos, acampamentos de trabalhadores rurais, sem terras, povos indígenas, quilombos e áreas ribeirinhas, considerando as necessidades específicas dos desempregados em termos de acesso aos direitos sociais, ao trabalho e à renda digna, o fortalecimento de situações favoráveis à qualidade de vida, ambientes, alimentos e outros produtos de consumo saudáveis, com apoio aos projetos relacionados aos “municípios saudáveis”. AUPS	I, 32: Estabelecer os fluxos contínuos e as articulações entre os projetos de geração de renda e as políticas de saúde, com redimensionamento e fortalecimento de políticas sistêmicas (construções de casas populares), para a valorização da qualidade de vida da população urbana e rural, principalmente em assentamentos, acampamentos de trabalhadores rurais, sem terras, povos indígenas, quilombos e áreas ribeirinhas, considerando as necessidades específicas dos desempregados em termos de acesso aos direitos sociais, ao trabalho e à renda digna, ao fortalecimento de situações favoráveis à qualidade de vida, aos ambientes, aos alimentos e a outros produtos de consumo saudáveis, com apoio aos projetos relacionados aos “municípios saudáveis”.
7	I, 33: Assegurar os direitos à saúde e a responsabilidade estatal, nas três esferas de governo, para ações de saúde integral da população carcerária e viabilizar a elaboração e implementação de programas profissionalizantes intersetoriais específicos dentro e fora da cadeia para detentos, ex-detentos e familiares, além de oferecer formação aos presidiários para ampliar seus vínculos de sociabilidade e acesso ao trabalho e oportunidades de vida digna e exercício dos direitos humanos. APCT	I, 33: Assegurar os direitos à saúde e à responsabilidade estatal, nas três esferas de governo, para as ações de saúde integral da população carcerária e viabilizar a elaboração e a implementação de programas profissionalizantes intersetoriais específicos, dentro e fora da cadeia, para detentos, ex-detentos e familiares, além de oferecer formação aos presidiários para ampliar seus vínculos de sociabilidade e acesso ao trabalho e a oportunidades de vida digna e exercício dos direitos humanos.

Resoluções – Eixo I (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
8	<p>I, 39: Assegurar o acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços de saúde ao público GLBTT (gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis), inclusive na abordagem sobre a soro positividade ao HIV e às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) nas três esferas de governo, reconhecendo as temáticas que envolvam orientação sexual e suas consequências sobre as concepções e práticas da saúde, incluindo nos formulários item sobre livre expressão sexual, além de sensibilizar os profissionais de saúde a respeito dos direitos do público GLBTT, garantir que a política de educação permanente inclua os recortes raciais, geracionais, de gênero e livre expressão sexual e implantar grupos de promoção à saúde da população GLBTT nas unidades de saúde e saúde da família, contemplando as especificidades regionais e a efetivação da Portaria GM n. 675/2006. AGSa</p>	<p>I, 38: Assegurar a <i>gays</i>, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis (GLBTT) o acesso equânime, respeitoso e de qualidade aos cuidados e serviços de saúde nas três esferas de governo, inclusive na abordagem da soropositividade ao HIV e às doenças sexualmente transmissíveis (DST). Reconhecer as temáticas que envolvam a orientação sexual e as suas consequências sobre as concepções e práticas da saúde, da inclusão de item sobre livre expressão sexual nos formulários, da inclusão dos recortes raciais, geracionais, de gênero e livre expressão sexual na política de educação permanente, da sensibilização dos profissionais a respeito dos direitos deste público e da implantação de grupos de promoção à saúde da população GLBTT nas unidades de saúde e saúde da família, contemplando as especificidades regionais e a efetivação da Portaria MS/GM n. 675/2006.</p>

9	<p>I, 43: Garantir que o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde cumpram com o direito à saúde como direito de cidadania, cujos benefícios terão impactos importantes sobre a saúde da população negra, a partir das diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra em todos os níveis de atenção, em especial para os agravos mais prevalentes nessa população, possibilitando a efetivação de ações afirmativas de combate ao racismo institucional e toda forma de preconceito, nos espaços de gestão, atenção e participação social em saúde, destacando-se o estabelecimento de parcerias com o movimento negro; o repasse de recursos para capacitação sobre combate ao racismo; a inclusão de conteúdos sobre a saúde da população negra na formação; o desenvolvimento de campanhas de divulgação, em parceria com os conselhos profissionais e veículos de comunicação; a garantia de aporte financeiro destinado à pesquisa em saúde da população negra, prevendo a produção e publicação de documentos que contribuam para o acesso a informação sobre a saúde dessa população. APNIS</p>	<p>I, 42: Garantir que o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde cumpram com o direito à saúde como direito de cidadania, cujos benefícios terão impactos importantes sobre a saúde da população negra, a partir das diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em todos os níveis de atenção, em especial para os agravos mais prevalentes nessa população, possibilitando a efetivação de ações afirmativas de combate ao racismo institucional e a toda forma de preconceito, nos espaços de gestão, atenção e participação social em saúde, destacando-se o estabelecimento de parcerias com o movimento negro; o repasse de recursos para a capacitação sobre combate ao racismo; a inclusão de conteúdos sobre a saúde da população negra na formação; o desenvolvimento de campanhas de divulgação, em parceria com os conselhos profissionais e veículos de comunicação; a garantia de aporte financeiro destinado à pesquisa em saúde da população negra, prevendo a produção e a publicação de documentos que contribuam para o acesso à informação sobre a saúde dessa população.</p>
---	--	--

Resoluções – Eixo I (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
10	I, 45: Criar e implantar uma política nacional que contemple direitos e necessidades dos portadores de anemia falciforme, incluindo a realização de busca ativa e mapeamento das pessoas com traço falciforme; a atualização e divulgação de informações sobre esta e outras hemoglobinopatias junto aos profissionais de saúde e à população, em especial a população negra e a carcerária; a garantia de acesso e qualidade de tratamento nos casos identificados, incorporando ações de atenção integral, com equipe multiprofissional especializada, conforme necessidades e demandas dos serviços e da população, envolvendo lideranças, usuários das comunidades negras e quilombolas; a pesquisas com células-tronco para tratamento; o estabelecimento de protocolos clínicos para atendimento na rede básica e nos hemocentros; e a garantia ao acesso às políticas de direitos reprodutivos e planejamento familiar, livres de ameaça de esterilização aos portadores da doença falciforme. APNSa	I, 44: Criar e implantar política nacional que contemple direitos e necessidades dos portadores de anemia falciforme, envolvendo lideranças e usuários das comunidades negras e quilombolas, incluindo a realização de busca ativa e de mapeamento das pessoas com traço falciforme; a atualização e a divulgação de informações junto aos profissionais de saúde e à população, em especial a população negra e a carcerária; a garantia de acesso ao tratamento de qualidade nos casos identificados, incorporando ações de atenção integral com equipe multiprofissional especializada, conforme necessidades e demandas dos serviços e da população; o apoio a pesquisas específicas; o estabelecimento de protocolos clínicos para atendimento na rede básica e nos hemocentros; e a garantia de acesso às políticas de direitos reprodutivos e planejamento familiar, livres de ameaça de esterilização, aos portadores da doença falciforme.
11	I, 46: Titular os territórios rurais quilombolas como forma de promoção de saúde, com base na Conferência de Alma-Ata, e garantir o acesso desta população ao SUS em todas as suas esferas e níveis de complexidade, assegurando a criação de fórum de debates sobre as comunidades quilombolas, com articulação e gestão entre diferentes setores governamentais e não-governamentais para o desenvolvimento das ações de saúde, com infra-estrutura adequada para acesso a essas comunidades. APNSa – ADA	I, 45: Titular os territórios rurais quilombolas como forma de promoção de saúde, com base na Conferência de Alma-Ata, e garantir o acesso dessa população ao SUS em todas as esferas e níveis de complexidade, assegurando a infra-estrutura adequada para o acesso e a criação de fóruns de debates sobre as comunidades quilombolas, com articulação e gestão entre diferentes setores governamentais e não-governamentais.
12	I, 47: Sensibilizar os profissionais de saúde quanto ao respeito às diversidades cultural e antropológica e às escolhas religiosas dos usuários, em especial as culturas afro-descendente e indígena, reconhecendo suas tradições, saberes, crenças, plantas medicinais e rituais de cura, garantindo o acesso a todos os níveis de atenção à saúde. APNSa – APIS	I, 46: Sensibilizar os profissionais de saúde quanto ao respeito às diversidades cultural e antropológica e às escolhas religiosas dos usuários, em especial as culturas afrodescendente e indígena, reconhecendo suas tradições, saberes, crenças, plantas medicinais e rituais de cura, garantindo o acesso a todos os níveis de atenção à saúde.

Resoluções – Eixo I (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
13	<p>I, 51: Aperfeiçoar o Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Monitoramento dos indicadores de saúde, com investimento para qualificação dos serviços de epidemiologia e vigilância em saúde; aprimoramento do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); revitalização dos comitês de mortalidade materna e infantil; otimização do acesso aos indicadores de saúde atualizados para toda a sociedade; publicação sistemática de boletins epidemiológicos e notas técnicas; realização de inquéritos populacionais sobre condições sócio-econômicas, acesso, cobertura, utilização de serviços e autopercepção do <i>status</i> de saúde; utilização das informações sobre a situação de saúde e os critérios epidemiológicos para elaborar e avaliar políticas que considerem a diversidade racial, étnica, cultural e geográfica; planejar, repassar financiamento e executar ações de saúde pautadas em necessidades de saúde; intercâmbios entre instituições de ensino e pesquisa com instituições de saúde nas esferas estaduais e municipais para a realização de pesquisas, estudos epidemiológicos e estágios de extensão conjuntos, viabilizando o mapeamento das necessidades loco regionais para alocar demais profissionais de saúde nas equipes básicas da Estratégia Saúde da Família. APNSa – APISa</p>	<p>I, 49: Aperfeiçoar o Sistema Nacional de Controle, Avaliação e Monitoramento dos indicadores de saúde, com investimento para a qualificação dos serviços de epidemiologia e vigilância em saúde; aprimoramento do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM); revitalização dos comitês de mortalidade materna e infantil; otimização do acesso aos indicadores de saúde atualizados para toda a sociedade; publicação sistemática de boletins epidemiológicos e notas técnicas; realização de inquéritos populacionais sobre condições socioeconômicas, acesso, cobertura, utilização de serviços e autopercepção do <i>status</i> de saúde; utilização das informações sobre a situação de saúde e os critérios epidemiológicos para elaborar e avaliar políticas que considerem a diversidade racial, étnica, cultural e geográfica; planejar, repassar financiamento e executar ações de saúde pautadas em necessidades de saúde; intercâmbios entre instituições de ensino e pesquisa com instituições de saúde nas esferas estaduais e municipais para a realização de pesquisas, estudos epidemiológicos e estágios de extensão conjuntos, viabilizando o mapeamento das necessidades loco regionais para alocar demais profissionais de saúde nas equipes básicas da Estratégia Saúde da Família.</p>
14	<p>I, 58: Os gestores de saúde das três esferas de governo devem buscar articulação e a formação de redes de cooperação com movimentos sociais e entidades da sociedade civil, objetivando a efetivação e o acesso dos serviços de saúde para populações rurais e comunidades indígenas, especialmente no combate às endemias como dengue, malária, hepatite viral e outras. APISa</p>	<p>I, 56: Os gestores de saúde das três esferas de governo devem buscar a articulação e a formação de redes de cooperação com movimentos sociais e entidades da sociedade civil, objetivando a efetivação e o acesso aos serviços de saúde para populações rurais e comunidades indígenas, especialmente no combate às endemias como dengue, malária, hepatite viral e outras.</p>
15	<p>I, 73: Tipificar a insuficiência renal crônica e a fissura labiopalatina como deficiências físicas, garantindo que essas pessoas possam ser contempladas pela legislação das pessoas com deficiências, buscando seu tratamento em parceria entre as três esferas de governo e instituições de reabilitação, além do acesso aos benefícios sociais. APPS</p>	<p>I, 70: Tipificar a insuficiência renal crônica e a fissura labiopalatina como deficiências físicas, garantindo que essas pessoas possam ser contempladas pela legislação das pessoas com deficiências, buscando seu tratamento em parceria entre as três esferas de governo e instituições de reabilitação, além do acesso aos benefícios sociais.</p>

Resoluções – Eixo I (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
16	<p>I, 75: Fortalecer políticas públicas que garantam qualidade de vida e equidade de acesso físico e social às pessoas com deficiências e doenças incapacitantes, por meio de políticas afirmativas e programas intersetoriais de inclusão social que atendam às necessidades de comunicação, acesso aos benefícios da seguridade social às pessoas impossibilitadas ao trabalho, filas prioritárias, adaptação física e humana de locais de trabalho, acesso a serviços nas áreas urbana e rural, adaptações nas vias públicas e transporte coletivo adaptado e gratuito, incluindo as com sofrimento psíquico, doentes mentais e acompanhantes, além de formar profissionais e produzir materiais educativos apropriados para todos os tipos de necessidades educativas especiais, assegurando atendimento especializado nas áreas de recuperação e reabilitação, com a ética da não discriminação e não preconceito na sua conduta física e moral, capacitando profissionais para o atendimento e acolhimento a essa população. APPSa</p>	<p>I, 72: Fortalecer políticas públicas que garantam qualidade de vida e equidade de acesso físico e social às pessoas com deficiências e doenças incapacitantes, por meio de políticas afirmativas e programas intersetoriais de inclusão social que atendam às necessidades de comunicação, acesso aos benefícios da seguridade social às pessoas impossibilitadas para o trabalho, filas prioritárias, adaptação física e humana de locais de trabalho, acesso a serviços nas áreas urbana e rural, adaptações nas vias públicas e transporte coletivo adaptado e gratuito, incluindo as com sofrimento psíquico, doentes mentais e seus acompanhantes, além de formar profissionais e produzir materiais educativos apropriados para todos os tipos de necessidades educativas especiais, assegurando atendimento especializado nas áreas de recuperação e reabilitação, com a ética da não-discriminação e do não-preconceito na sua conduta física e moral, capacitando profissionais para o atendimento e o acolhimento dessa população.</p>
17	<p>I, 76: Implementar a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2001, construindo indicadores qualitativos e quantitativos por meio de estudo nacional das condições de vida dessa população, com banco de dados para a identificação dos atuais perfis, efetivando parcerias intersetoriais para garantir acesso equânime a todos os níveis de atenção à saúde, assegurando controle social na fiscalização do correto emprego de recursos repassados à entidades assistenciais filantrópicas que atendam pessoas com deficiência, em parcerias com a rede pública, observando qualitativamente a atenção em saúde oferecida por estas instituições. APSa</p>	<p>I, 73: Implementar a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2001, construindo indicadores qualitativos e quantitativos por meio de estudo nacional das condições de vida dessa população, com banco de dados para a identificação dos atuais perfis, efetivando parcerias intersetoriais para garantir acesso equânime a todos os níveis de atenção à saúde, assegurando controle social na fiscalização do correto emprego de recursos repassados à entidades assistenciais filantrópicas que atendam pessoas com deficiência, em parceria com a rede pública, observando qualitativamente a atenção em saúde oferecida por essas instituições.</p>

18	I, 77: Exigir que os governos federal, estaduais e municipais implementem uma política de saneamento básico universal e intersetorial, em até dez anos a partir de 2008, com a ampliação e garantia de recursos financeiros, sem comprometer recursos destinados às ações e serviços de saúde para estender a cobertura, proporcionando acesso à água tratada, de qualidade e potabilidade e a destinação de dejetos; fortalecendo a fiscalização e o acompanhamento de projetos de saneamento implantados por meio de convênios e que envolvam a aprovação dos conselhos com assessoria específica para tal, divulgando relatórios do monitoramento da qualidade da água nos municípios. AUPS	I, 74: Exigir que os governos federal, estaduais e municipais implementem uma política de saneamento básico universal e intersetorial, em até dez anos, a partir de 2008, com a ampliação e a garantia de recursos financeiros, sem comprometer os recursos destinados às ações e aos serviços de saúde para estender a cobertura, proporcionando acesso à água tratada, de qualidade e potabilidade, e a destinação de dejetos; fortalecendo a fiscalização e o acompanhamento de projetos de saneamento implantados por meio de convênios e que envolvam a aprovação dos conselhos com assessoria específica para tal, divulgando relatórios do monitoramento da qualidade da água nos municípios.
----	---	--

Resoluções – Eixo I (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
19	I, 106: Que Ministério da Saúde, estados e municípios, por meio de ações intersetoriais com Educação, Cultura, Assistência Social, Trabalho, Segurança e conselhos tutelares, intensifiquem a divulgação sobre planejamento familiar, esclarecendo a população em relação aos locais de acesso a métodos contraceptivos, incentivando paternidade e maternidade conscientes, a realização de acompanhamento pré-natal, a prevenção da gravidez na adolescência e a prevenção das DSTs. AUMC	I, 100: Que o Ministério da Saúde, os estados e os municípios, por meio de ações intersetoriais com Educação, Cultura, Assistência Social, Trabalho, Segurança e conselhos tutelares, intensifiquem a divulgação sobre planejamento familiar, esclarecendo a população em relação aos locais de acesso a métodos contraceptivos, incentivando a paternidade e a maternidade conscientes, a realização de acompanhamento pré-natal, a prevenção da gravidez na adolescência e a prevenção das DSTs.
20	I, 123: Que os ministérios da Saúde e dos Transportes garantam transporte terrestre, fluvial e aéreo para deslocamento de equipes multidisciplinares de saúde para atendimento a população em áreas de difícil acesso. ADA	I, 114: Que os ministérios da Saúde e dos Transportes garantam transporte terrestre, fluvial e aéreo para o deslocamento de equipes multidisciplinares de saúde para atendimento à população em áreas de difícil acesso.

21	I, 136: Garantir revisão da padronização de medicamentos do SUS, por meio de comitê científico, com base em protocolos clínicos aprovados pelo Ministério da Saúde, adequando a sua distribuição a partir de estudos epidemiológicos, além de disciplinar o acesso a medicamentos de alto custo, excepcionais e estratégicos, buscando uma legislação específica sobre a Relação Nacional de Medicamentos Padronizados, de tal forma que para cada Código Internacional de Doenças (CID) sejam padronizadas algumas opções terapêuticas, garantindo financiamento e acesso por meio de instrumentos de gestão. AUMed	I, 125: Garantir a revisão da padronização de medicamentos do SUS por meio de comitê científico, com base em protocolos clínicos aprovados pelo Ministério da Saúde, adequando a sua distribuição a partir de estudos epidemiológicos, além de disciplinar o acesso a medicamentos de alto custo, excepcionais e estratégicos, reformulando o Programa Nacional de Medicamentos Excepcionais, buscando uma legislação específica sobre a Relação Nacional de Medicamentos Padronizados, de tal forma que para cada Código Internacional de Doenças (CID) sejam padronizadas algumas opções terapêuticas, garantindo o financiamento e o acesso por meio de instrumentos de gestão.
22	I, 152: Implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPIC) no SUS, incluindo homeopatia, acupuntura, fitoterapia, antroposofia e crenologia, bem como o acesso a alimentos naturais, por meio de ações intersetoriais e que os gestores, nos três níveis de governo, garantam em suas pactuações orçamentárias os recursos financeiros para a sua execução. AUPIC	I, 140: Implementar a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares de Saúde (PNPIC) no SUS, incluindo homeopatia, acupuntura, fitoterapia, antroposofia e crenologia, bem como o acesso a alimentos naturais, por meio de ações intersetoriais e que os gestores, nos três níveis de governo, garantam em suas pactuações orçamentárias os recursos financeiros para a sua execução.

Resoluções – Eixo I (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
23	<p>I, 187: Que os governos federal, estaduais e municipais articulem-se para a implantação de centros-dia de referência à atenção à saúde da pessoa idosa em todas as regiões de saúde, com equipe multiprofissional, contemplando atenção integral à saúde da pessoa idosa, garantindo a referência e contra-referência, apoio diagnóstico e medicamentos de alto custo; acesso ao transporte coletivo; implantação de caderneta da pessoa idosa com a divulgação de sua importância e utilização; e antecipação do período de divulgação e realização de campanha da vacinação contra a gripe nos estados do Sul do país, em razão das características regionais. AUPIS</p>	<p>I, 171: Que os governos federal, estaduais e municipais articulem-se para a implantação de centros-dia de referência à atenção à saúde da pessoa idosa em todas as regiões de saúde, com equipe multiprofissional, contemplando atenção integral à saúde da pessoa idosa, garantindo a referência e a contra-referência, o apoio diagnóstico e os medicamentos de alto custo; o acesso ao transporte coletivo; a implantação de caderneta da pessoa idosa com a divulgação de sua importância e utilização; e a antecipação do período de divulgação e de realização de campanha de vacinação contra a gripe nos estados do sul do país, em razão das características regionais.</p>
24	<p>I, 190: Implementar Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente em situação de risco, abuso sexual, violência, com ênfase em ações preventivas quanto a gravidez na adolescência, dependência química e DST/Aids, com a participação dos jovens na elaboração e acompanhamento, de acordo com as características de cada região, facilitando o acesso de crianças e adolescentes dependentes químicos e soropositivos ao tratamento e internação pelo SUS. AUCS – ADQS</p>	<p>I, 174: Implementar Programa de Atenção Integral. à Saúde da Criança e do Adolescente em situação de risco, abuso sexual, violência, com ênfase em ações preventivas quanto à gravidez na adolescência, à dependência química e às DST/aids, com a participação dos jovens na elaboração e no acompanhamento, de acordo com as características de cada região, facilitando o acesso de crianças e adolescentes dependentes químicos e soropositivos ao tratamento e internação pelo SUS.</p>

Resoluções – Eixo I (cont.) – Inéditas

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
25	AUMed	I, Inéditas, 4: Assegurar a inclusão no Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) as ações e os projetos provenientes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) de forma a garantir crescimento e independência tecnológica, produtiva e o acesso ao medicamento pelo usuário do SUS.
26	AUIS	I, Inéditas, 9: Fomentar a preservação da memória institucional e o uso da literatura técnico-científica nacional e internacional para qualificar os processos de trabalho e a tomada de decisões dos gestores, profissionais, usuários e conselheiros; bem como expandir o modelo Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para o registro, acesso e disseminação das informações produzidas pelas instituições do SUS e consolidar a BVS Brasil como instâncias nacional da rede BVS da América Latina e Caribe. Implantar as estações BVS nos postos de saúde de todo o Brasil com recursos financeiros do Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações (FUST), incluindo um profissional capacitado para o atendimento das demandas de informação dos usuários nos serviços de saúde.
27	APIS	I, Inéditas, 40: Viabilizar para os profissionais dos serviços de saúde o acesso aos conteúdos do portal Capes/MEC, por meio de um consórcio público do SUS.
28	AUIS	I, Inéditas, 72: Implantar um sistema nacional de legislação da saúde nas três esferas de governo, com acesso livre via internet aos textos completos de atos normativos no campo da saúde.
29	AUMed	I, Inéditas, 79: Que o governo federal utilize os acordos internacionais e decrete a quebra de patentes, investindo na produção nacional de medicamentos genéricos como estratégia de ampliação de acesso e redução de preços de medicamentos.
30	AUPSa	I, Inéditas, 80: Que os governos federal, estaduais e municipais por meio de suas secretarias de esporte e lazer criem academias de ginástica comunitárias garantindo, assim, o acesso de pessoas de baixa renda à atividade física de boa qualidade.
31	AUMed	I, Inéditas, 86: Reconhecimento pela farmácia popular às prescrições de todos os profissionais da saúde que têm regulamentação legal para tal prescrição, garantindo acesso da população às medicações da farmácia popular.

Resoluções – Eixo II (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
32	II, 1: Retomar os princípios da Reforma Sanitária no que diz respeito à saúde como direito de seguridade social e componente indissociável do desenvolvimento social, fortalecendo as relações entre os diversos setores, cumprindo a legislação do SUS, em particular no que tange ao acesso universal de atenção à saúde. AUS	II, 1: Retomar os princípios da Reforma Sanitária no que diz respeito à saúde como direito de seguridade social e componente indissociável do desenvolvimento social, fortalecendo as relações entre os diversos setores, cumprindo a legislação do SUS, em particular no que tange ao acesso universal de atenção à saúde.
33	II, 34: Garantir financiamento nas três esferas de governo para criação, implementação, ampliação e manutenção dos serviços de referência a saúde do idoso, pessoas com deficiência, crianças, adolescentes e tratamento de saúde mental, disfunção erétil e homofobia com equipe multiprofissional, para o desenvolvimento das ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, e a ampliação do acesso inclusive em municípios de menor porte. AUS	II, 27: Garantir financiamento nas três esferas de governo para a criação, a implementação, a ampliação e a manutenção dos serviços de referência à saúde do idoso, às pessoas com deficiência, às crianças, aos adolescentes e para o tratamento em saúde mental, disfunção erétil e homofobia com equipe multiprofissional, e para o desenvolvimento das ações de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação, além da ampliação do acesso inclusive em municípios de menor porte.
34	II, 35: Destinar recursos financeiros da esfera federal para o transporte aéreo de pacientes que requerem atendimento especializado e de emergência em áreas de difícil acesso. ADA	II, 28: Destinar recursos financeiros da esfera federal para o transporte aéreo de pacientes que requeiram atendimento especializado e de emergência nas áreas de difícil acesso.
35	II, 41: Assegurar financiamento e ampliar a oferta na assistência básica, média e alta complexidade nos municípios, assegurando o acesso à Terapia Renal Substitutiva (TRS) e a implantação e implementação de centrais de regulação do acesso, aos portadores de doenças renais crônicas, conforme necessidade epidemiológica, de forma que o setor privado passe a constituir-se serviço complementar. APS	II, 34: Assegurar o financiamento e ampliar a oferta na assistência básica, em média e alta complexidade nos municípios, assegurar o acesso à Terapia Renal Substitutiva (TRS) e a implantação e implementação de centrais de regulação do acesso aos portadores de doenças renais crônicas, conforme necessidade epidemiológica, de forma que o setor privado passe a ser um serviço complementar.
36	II, 44: Ampliar e atualizar os recursos repassados, garantindo financiamento tripartite e incentivo Qualis, para a implantação e reestruturação das Equipes de Saúde da Família (Estratégia Saúde da Família), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Equipes de Saúde Bucal, considerando as dificuldades de acesso e as realidades regionais, visando melhores condições de trabalho das equipes. ADA	II, 36: Ampliar e atualizar os recursos repassados, garantindo financiamento tripartite e incentivo Qualis, para a implantação e reestruturação das Equipes de Saúde da Família (Estratégia Saúde da Família), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Equipes de Saúde Bucal, considerando as dificuldades de acesso e as realidades regionais, visando melhores condições de trabalho das equipes.

37	II, 67: Organizar e agilizar a marcação e ampliar a oferta de exames, sistematizando e informatizando o sistema de marcação de consultas, exames e leitos, garantindo o acesso da população aos serviços de saúde de média e alta complexidade. AUS	II, 54: Organizar e agilizar a marcação e ampliar a oferta de exames, sistematizando e informatizando o sistema de marcação de consultas, de exames e de leitos, garantindo o acesso da população aos serviços de saúde de média e alta complexidade.
	II, 120: Adequar o número de famílias/ domicílios por agentes comunitários e agentes de combates a endemias, de acordo com a realidade local, considerando o tempo, deslocamento e acesso às comunidades objetivando o fortalecimento da atenção básica. AUS	

Resoluções – Eixo II (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
38	II, 152: Implementar a política de interiorização dos profissionais de saúde garantindo a descentralização da formação universitária no âmbito federal na área da saúde abrindo universidades públicas e transformando hospitais regionais em hospitais escola garantindo a fixação dos profissionais nos municípios distantes e de difícil acesso, bem como a interiorização das residências em saúde de acordo com as necessidades e demandas locais. ADA	II, 123: Implementar a política de interiorização dos profissionais de saúde garantindo a descentralização da formação universitária no âmbito federal na área da saúde, abrindo universidades públicas e transformando hospitais regionais em hospitais escola garantindo a fixação dos profissionais nos municípios distantes e de difícil acesso, bem como a interiorização das residências em saúde de acordo com as necessidades e demandas locais

39	<p>II, 162: Promover, por meio do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde, a Política de Vigilância Nutricional e Segurança Alimentar viabilizando as condições de acesso, acompanhamento, avaliação nutricional e educação alimentar bem como a implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) visando a identificação do perfil nutricional da população para que seja possível criar políticas de saúde efetivas nesta área e de ações educativas ampliando assim a cobertura do programa de combate prevenção e controle da desnutrição infantil e da obesidade, qualificando as ações de educação e vigilância alimentar em todas as unidades de saúde (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional). AUSA</p>	<p>II, 132: Promover, por meio do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde, a implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição na rede de atenção à saúde do SUS, viabilizando as condições de acesso, acompanhamento, avaliação nutricional, a orientação e a educação alimentar, incluindo a promoção da alimentação saudável e adequada, a vigilância, o controle e a prevenção de deficiências e de distúrbios nutricionais em todas as fases do ciclo da vida, bem como a ampliação dos repasses financeiros às secretarias estaduais e municipais de saúde para a organização dos serviços para a implementação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), visando a identificação do perfil nutricional da população para que seja possível criar políticas de saúde efetivas nesta área e de ações educativas, ampliando assim a cobertura do programa de combate, prevenção e controle da desnutrição infantil e da obesidade, qualificando as ações de educação e vigilância alimentar em todas as unidades de saúde.</p>
40	<p>II, 173: O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde devem desenvolver estratégias para garantir o acesso da população aos serviços de atenção integral à saúde bucal, implementando ações de promoção garantindo a integralidade das ações e a implantação e implementação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), incluindo serviços especializados para atender pessoas com necessidades especiais e que sejam assegurados recursos para instalação de aparelho de raio-x para viabilizar diagnóstico, prevenção e tratamento da dor orofacial, garantindo recursos financeiros para investimento em material educativo na área odontológica. AUSB</p>	<p>II, 141: O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem desenvolver estratégias para garantir o acesso da população aos serviços de atenção integral à saúde bucal, implementando ações de promoção e garantindo a integralidade das ações e a implantação e implementação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), incluindo serviços especializados para atender pessoas com necessidades especiais e que sejam assegurados os recursos para a instalação de aparelho de raio-x para viabilizar diagnóstico, prevenção e tratamento da dor orofacial, garantindo recursos financeiros para investimento em material educativo na área odontológica.</p>

Resoluções – Eixo II (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
41	II, 176: Ampliar o financiamento e a fiscalização acerca da implantação e funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), pelos entes das três esferas de governo, garantindo maior acesso da população residente nos municípios satélites e das sedes de módulo, garantindo a efetiva integração das ações de odontologia na rede de serviços regionalizados do SUS incluindo a referência para exames de alta complexidade, assegurando a oferta de próteses e outros procedimentos como a ortodontia e ortopedia funcional. AUSB	II, 143: Ampliar o financiamento e a fiscalização acerca da implantação e do funcionamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pelos entes das três esferas de governo, garantindo maior acesso da população residente nos municípios-satélites e das sedes de módulo, garantindo a efetiva integração das ações de odontologia na rede de serviços regionalizados do SUS, incluindo a referência para exames de alta complexidade, assegurando a oferta de próteses e outros procedimentos como a ortodontia e a ortopedia funcional.
42	II, 185: O Ministério da Saúde, as secretarias estaduais e municipais de saúde devem definir as responsabilidades e compromissos de cada esfera de gestão do SUS em relação à política de saúde indígena sempre respeitando as características culturais destes povos; bem como garantir recursos para ampliar e facilitar o acesso da população indígena à atenção integral em saúde (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação) de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. APISa	II, 152: O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem definir as responsabilidades e os compromissos de cada esfera de gestão do SUS em relação à política de saúde indígena sempre respeitando as características culturais desses povos, bem como garantir recursos para ampliar e facilitar o acesso da população indígena à atenção integral em saúde (promoção, prevenção, tratamento e reabilitação), de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.
43	II, 206: Garantir o acesso ao planejamento familiar da população em todos os municípios do país, por meio de ações educativas e informativas ofertadas pelos serviços de saúde, priorizando as temáticas sobre reprodução humana, métodos contraceptivos para mulheres e homens e também, gravidez precoce, com atenção especial aos adolescentes bem como promover o acesso às novas tecnologias de reprodução humana (inseminação artificial) enquanto política pública de saúde e a implementação dos centros de referência sexual e reprodutiva da saúde da mulher, garantindo dessa forma a política de planejamento familiar e o respeito às diversas modalidades familiares; AUMC	II, 174: Garantir à população, em todos os municípios do país, o acesso ao planejamento familiar por meio de ações educativas e informativas ofertadas pelos serviços de saúde, priorizando as temáticas sobre reprodução humana, métodos contraceptivos para mulheres e homens e também a gravidez precoce, com atenção especial aos adolescentes, bem como promover e facilitar o acesso às novas tecnologias de reprodução humana (inseminação artificial) e aos métodos cirúrgicos definitivos de contracepção como as laqueaduras por videolaparoscopia e as vasectomias, quando indicadas, com a contratação de ginecologistas e cirurgiões e/ou de serviços com estes recursos específicos e a implementação dos centros de referência sexual e reprodutiva da saúde da mulher, garantindo, dessa forma, a política de planejamento familiar e o respeito às diversas modalidades familiares.

Resoluções – Eixo II (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
44	<p>II, 212: Garantir os direitos plenos da atenção integral à saúde e a assistência social à pessoa idosa em cumprimento ao Estatuto do Idoso, dando ênfase ao acesso aos serviços públicos de saúde em toda rede de cuidados, fortalecendo a lei do atendimento prioritário e conscientizando a população sobre estes direitos bem como ampliar os centros de convivência assegurando recursos para sua manutenção e profissionais capacitados e priorizar o atendimento aos idosos portadores de demência em especial o mal de Alzheimer e mal de Parkinson, respeitando suas necessidades: de medicamentos especiais e de capacitação aos familiares e cuidadores para melhor assistência. AUPIS</p>	<p>II, 180: Garantir os direitos plenos da atenção integral à saúde e à assistência social à pessoa idosa em cumprimento ao Estatuto do Idoso, dando ênfase ao acesso aos serviços públicos de saúde em toda a rede de cuidados, fortalecendo a lei do atendimento prioritário e conscientizando a população sobre esses direitos. Ampliar os centros de convivência assegurando recursos para a sua manutenção e contratação de profissionais capacitados e priorizar o atendimento aos idosos portadores de demência, em especial a doença de Alzheimer e o mal de Parkinson, respeitando suas necessidades de medicamentos especiais e capacitando os familiares e cuidadores para melhor assistência.</p>
44	<p>II, 213: Estabelecer que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde garantam recursos financeiros para a efetivação dos programas de DST/Aids, garantindo desta forma, assistência e tratamento para as pessoas vivendo com HIV ou HCV, ampliando a distribuição de medicamentos para as infecções oportunistas e que o acesso às cirurgias reparadoras e de preenchimento facial referentes ao tratamento dos lipodistrófios em pessoas vivendo com HIV/Aids seja de acordo com a legislação. APPSa</p>	<p>II, 181: Estabelecer que o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde garantam recursos financeiros para a efetivação dos programas de DST/Aids, garantindo dessa forma a assistência e o tratamento para as pessoas vivendo com HIV ou HCV, ampliando a distribuição de medicamentos para as infecções oportunistas e que o acesso às cirurgias reparadoras e de preenchimento facial, referentes ao tratamento dos lipodistrófios em pessoas vivendo com HIV/Aids, seja de acordo com a legislação.</p>
46	<p>II, 214: Garantir o acesso por meio do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde aos bens e serviços de saúde, implementando uma política nacional no SUS para a população de Gays, Lésbicas, Bissexuais Transgêneros, Transsexuais (GLBTT), prostitutas e outras populações de vulnerabilidade acrescida pelo estigma e preconceito, proporcionando ações que assegurem os direitos de cidadania plena, como fazer referência a "identidade social" adotada pela pessoa, quando for o caso, e respeite o direito à intimidade e à individualidade. AGSa</p>	<p>II, 182: Garantir o acesso de gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e transgêneros (GLBTT), prostitutas e outras populações de vulnerabilidade acrescida pelo estigma e preconceito aos bens e serviços de saúde nas três esferas de governo, implementando uma política nacional de saúde integral para essas populações e proporcionando ações que assegurem os direitos de cidadania plena, o reconhecimento e aceitação à "identidade social" adotada pela pessoa, quando for o caso, e que se respeite o direito à intimidade e à individualidade.</p>

47	II, 221: Implantar o acolhimento com avaliação de risco em todos os serviços da rede hospitalar e em especial nas urgências (hospitais locais, regionais, estaduais) priorizando o atendimento, não por ordem de chegada, dividindo os ambientes de acordo com a gravidade, garantindo agilidade no atendimento às necessidades do usuário a partir do acolhimento com classificação de risco, que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS. AUS	II, 189: Implantar o acolhimento com avaliação de risco em todos os serviços da rede hospitalar e em especial nas urgências (hospitais locais, regionais, estaduais), priorizando o atendimento, não por ordem de chegada, dividindo os ambientes de acordo com a gravidade, garantindo agilidade no atendimento às necessidades do usuário a partir do acolhimento com classificação de risco, que tem como meta implantar um modelo de atenção com responsabilização e vínculo, ampliando o acesso do usuário ao SUS.
----	---	---

Resoluções – Eixo II (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
48	II, 225: Melhorar o fluxo para o acesso de urgência e emergência incluindo atendimento de urgência e emergência odontológica; equipar e aparelhar os prontos socorros já existente de modo a atender efetivamente as emergências e garantir a implantação de serviços de saúde 24 horas em distritos descobertos. AUS	II, 193: Melhorar o fluxo para o acesso de urgência e emergência ampliando o financiamento e qualificando os recursos humanos; definir responsabilidades nas três esferas de governo; apoiar a implantação de serviços de saúde com atendimento 24 horas para facilitar o acesso da população e atender às suas necessidades, com critérios de prioridade, assim como equipar e aparelhar o pronto- socorro já existente de modo a atender efetivamente as emergências e garantir a implantação de serviços de saúde 24 horas em distritos descobertos, com preenchimento da Tabela de Lotação de Pessoal (TLP) por meio de concurso público.
49	II, 229: Implantar políticas de inclusão para as pessoas com deficiência garantindo que os serviços públicos ampliem os atendimentos, priorizando a promoção de atenção integral aos portadores de diversas deficiências e que seja garantido pelas três esferas de governo o acesso à média e alta complexidade, reduzindo a demora na realização de exame, na correção cirúrgica do lábio leporino, o acesso a órteses, próteses e a reabilitação em pacientes poli traumatizados, amputados e os pessoas que necessitam destes. APSa	II, 196: Implantar políticas de inclusão para as pessoas com deficiência, garantindo que os serviços públicos ampliem os atendimentos, priorizando a promoção de atenção integral aos portadores de diversas deficiências e que seja garantido pelas três esferas de governo o acesso à média e à alta complexidades, reduzindo a demora na realização de exame, na correção cirúrgica do lábio leporino, no acesso a órteses, a próteses e à reabilitação de pacientes poli traumatizados, amputados e às pessoas que necessitam destes.
50	II, 234: Garantir pelas três esferas de governo agilidade no acesso do usuário à realização e ao resultado da biópsia para confirmação do diagnóstico oncológico, acompanhamento médico e medicação aos pacientes em tratamento e assistência ambulatorial por equipe multiprofissional, e que os recursos sejam garantidos nos três níveis de atenção para melhorar a qualidade da atenção ao paciente oncológico. AUS	II, 201: Garantir pelas três esferas de governo agilidade no acesso do usuário à realização e ao resultado da biópsia para confirmação do diagnóstico oncológico, acompanhamento médico e medicação aos pacientes em tratamento e assistência ambulatorial por equipe multiprofissional, e que os recursos sejam garantidos nos três níveis de atenção para melhorar a qualidade da atenção ao paciente oncológico.

51	II, 236: Fortalecer a Política Nacional de Assistência Farmacêutica em todas as esferas de gestão por meio de sua estruturação considerando as características epidemiológicas e demográficas e garantir o acesso à assistência farmacêutica para toda a população a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e de protocolos clínicos que devem ser revisados periodicamente e disponibilizando em toda a rede de atendimento quantidade necessária de tecnologias para atender a demanda e a integralidade na assistência incluindo as práticas integrativas e complementares e a promoção do uso racional de medicamentos. AUMed	II, 202: Fortalecer a Política Nacional de Assistência Farmacêutica em todas as esferas de gestão por meio de sua estruturação, considerando as características epidemiológicas e demográficas, garantir o acesso à assistência farmacêutica para toda a população, a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e de protocolos clínicos que devem ser revisados periodicamente e disponibilizados em toda a rede de atendimento, quantidade necessária de tecnologias para atender a demanda e a integralidade na assistência, incluindo as práticas integrativas e complementares e a promoção do uso racional de medicamentos.
----	--	--

Resoluções – Eixo II (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
52	<p>II, 245: Implementar a Política Nacional de Saúde Bucal com a criação de rede de serviços que garanta o acesso à prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação no âmbito da atenção básica, média e alta complexidade, permitindo a estruturação de linhas de cuidado na assistência odontológica e uma política específica para a infância no que tange à prevenção de cáries e ortodontia, além de outras especialidades. AUSB</p>	<p>II, 210: Implementar a Política Nacional de Saúde Bucal com a criação de rede de serviços que garanta o acesso à prevenção, à promoção, ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação no âmbito da atenção básica, de média e de alta complexidade, permitindo a estruturação de linhas de cuidado na assistência odontológica e uma política específica para a infância, no que tange à prevenção de cáries e à ortodontia, além de outras especialidades.</p>
53	<p>II, 268: O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem definir o papel das três esferas de governo nas políticas de saúde mental, quanto ao financiamento, ampliação dos valores de repasse e referência, definição do incentivo estadual (contrapartida estadual) para implantação e manutenção de ações de saúde mental nos municípios; garantido nos termos de compromisso, os mecanismos de promoção, reavaliação, ampliação e a flexibilização dos critérios para a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), com a revisão dos parâmetros populacionais para a liberação de recursos para a rede substitutiva de saúde mental (Caps I, II, III, AD, I, Adolescente), ampliando a oferta de acesso aos Caps em municípios de menor porte populacional, com a inclusão de municípios com menos de 20.000 (vinte mil) e o atendimento em saúde mental em todos os níveis de complexidade; instituindo comitês regionais de saúde mental, a divulgação nos conselhos de saúde, das avaliações dos hospitais psiquiátricos pelo PNASS; o apoio técnico e financeiro para a implantação de equipes matriciais de apoio à atenção básica, reabilitação e saúde mental; a capacitação dos profissionais, a ampliação da oferta de medicamentos destinados à saúde mental, objetivando a qualificação da atenção aos usuários portadores de transtornos mentais e seus familiares e contribuindo para a implantação da reforma psiquiátrica. AUSM</p>	<p>II, 230: O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem definir o papel das três esferas de governo nas políticas de saúde mental, quanto ao financiamento, à ampliação dos valores de repasse e referência, à definição do incentivo estadual (contrapartida estadual) para a implantação e a manutenção de ações de saúde mental nos municípios; garantir nos termos de compromisso os mecanismos de promoção, reavaliação, ampliação e flexibilização dos critérios para a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), com a revisão dos parâmetros populacionais para a liberação de recursos para a rede substitutiva de saúde mental (Caps I, II, III, AD, I, Adolescente), ampliando a oferta de acesso aos Caps em municípios de menor porte populacional, com a inclusão de municípios com menos de 20 mil habitantes e o atendimento em saúde mental em todos os níveis de complexidade, instituindo comitês regionais de saúde mental, a divulgação nos conselhos de saúde, das avaliações dos hospitais psiquiátricos pelo PNASS, o apoio técnico e financeiro para a implantação de equipes matriciais de apoio à atenção básica, reabilitação e saúde mental, a capacitação dos profissionais, a ampliação da oferta de medicamentos destinados à saúde mental, objetivando a qualificação da atenção aos usuários portadores de transtornos mentais e seus familiares e contribuindo para a implantação da reforma psiquiátrica.</p>

Resoluções – Eixo II (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
54	<p>II, 271: O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem garantir a Referência e Contra-Referência (RCR) para a alta e média complexidade, ampliando a oferta dos serviços, garantindo o acesso da população aos serviços, de acordo com o perfil epidemiológico dos estados e dos municípios, bem como, fortalecer e monitorar a referência e contra-referência da média e alta-complexidade sob a responsabilidade de regulação do Estado, otimizando os leitos dos hospitais regionais, serviços de ambulância e exames especializados, os investimentos em infra-estrutura para a implantação/ implementação dos serviços de cardiologia, nefrologia, proctologia, centros de reabilitação, UTIs, Terapia Renal Substitutiva (TRS), oncologia, transplantes, captação de órgãos, entre outros, nas macrorregiões. AUS</p>	<p>II, 233: O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde devem garantir a Referência e a Contra-Referência (RCR) para a alta e a média complexidade, ampliando a oferta dos serviços, garantindo o acesso da população aos serviços, de acordo com o perfil epidemiológico dos estados e dos municípios, bem como fortalecer e monitorar a referência e a contra-referência da média e da alta complexidade sob a responsabilidade de regulação do estado, otimizando os leitos dos hospitais regionais, serviços de ambulância e exames especializados, os investimentos em infra-estrutura para a implantação/implementação dos serviços de cardiologia, nefrologia, proctologia, centros de reabilitação, UTIs, Terapia Renal Substitutiva (TRS), oncologia, transplantes, captação de órgãos, entre outros nas macrorregiões.</p>
55	<p>II, 274: O Ministério da Saúde deve apoiar as secretarias estaduais e municipais de saúde no fortalecimento dos processos de regionalização da saúde, com a implantação/ implementação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), tendo como premissas, o papel/competências das regionais de saúde, a regionalização dos serviços de referência de média e alta complexidade com a garantia do acesso, resolutividade e a integralidade da atenção à saúde, o repasse fundo a fundo para os estados e municípios, sob controle dos conselhos de saúde, a alocação de recursos para construção, ampliação/reforma e equipar os serviços públicos de atenção básica e hospitais públicos, especialmente, os serviços de urgência e emergência; a criação de espaços permanentes de negociação, nas micro e macrorregionais e a implementação de complexo regulador com de sistema de informática e telefônico (0800). AUS</p>	<p>II, 236: O Ministério da Saúde deve apoiar as secretarias estaduais e municipais de saúde no fortalecimento dos processos de regionalização da saúde, com a implantação/implementação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), tendo como premissas o papel/competências das regionais de saúde, a regionalização dos serviços de referência de média e alta complexidade, com a garantia do acesso, a resolutividade e a integralidade da atenção à saúde, o repasse fundo a fundo para os estados e municípios, sob controle dos conselhos de saúde, a alocação de recursos para construção, ampliação/reforma e para equipar os serviços públicos de atenção básica e hospitais públicos, especialmente os serviços de urgência e emergência; a criação de espaços permanentes de negociação, nas micro e macrorregionais e a implementação de complexo regulador de sistema de informática e telefônico (0800).</p>

56	II, 272: A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deve, a partir de critérios técnicos, dados epidemiológicos e de revisões semestrais da Programação Pactuada Integrada (PPI), definir a construção de hospitais regionais de média e alta complexidade (com recursos federais, estaduais e municipais) para garantir e ampliar referência hospitalar pública para todos os municípios, com maior flexibilidade quanto à permanência do número das AIH's no município, respeitando-se as necessidades e a capacidade instalada. AUS	II, 238: A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) deve revisar semestralmente a Programação Pactuada Integrada (PPI) com mediação das CIBs regionais, avaliando as metas pactuadas em nível regional e estadual, favorecendo articulação entre gestores municipais pactuados para aumento da oferta de procedimentos hospitalares e de média e alta complexidade, garantindo a implementação e a integralidade do cuidado em saúde, como forma de viabilizar o acesso aos serviços de saúde.
----	---	--

Resoluções – Eixo II (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
57	II, 278: Instituir programas de atenção básica, de prevenção, de tratamento e reabilitação, que visem à diminuição das internações hospitalares e o remanejamento dos recursos financeiros para as ações básicas e preventivas, aumentando a capacidade instalada no estado e ampliando o acesso aos serviços de forma regionalizada e descentralizada. AUS	II, 240: Instituir programas de atenção básica, de prevenção, de tratamento e reabilitação que visem à diminuição das internações hospitalares e ao remanejamento dos recursos financeiros para as ações básicas e preventivas, aumentando a capacidade instalada no estado e ampliando o acesso aos serviços de forma regionalizada e descentralizada.
58	II, 280: O Ministério e as secretarias estaduais de saúde devem participar e incentivar o desenvolvimento dos programas de saúde em âmbito regional e municipal, por meio de apoio ao planejamento loco-regional e do fortalecimento do papel estadual na oferta de serviços; no desenvolvimento de ações de saúde e na fiscalização por meio de auditorias, respeitando e fortalecendo a descentralização do sistema e as autonomias municipais; promovendo a ampliação de serviços como, laboratórios de análises clínicas, hospitais de urgência e emergência, oferta de leitos e de recursos humanos suficientes para atender a demanda dos municípios módulos assistenciais, garantindo o acesso aos usuários a partir de critérios técnicos, e que estes serviços não sejam repassados ao setor privado. AUS	II, 241: O Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde devem participar e incentivar o desenvolvimento dos programas de saúde em âmbito regional e municipal, por meio de apoio ao planejamento loco-regional e do fortalecimento do papel estadual na oferta de serviços; no desenvolvimento de ações de saúde e na fiscalização por meio de auditorias, respeitando e fortalecendo a descentralização do sistema e as autonomias municipais; promovendo a ampliação de serviços, como laboratórios de análises clínicas, hospitais de urgência e emergência, oferta de leitos e de recursos humanos suficientes para atender a demanda dos municípios dos módulos assistenciais, garantindo o acesso aos usuários a partir de critérios técnicos, e que estes serviços não sejam repassados ao setor privado.
59	II, 284: Facilitar acesso aos métodos cirúrgicos definitivos com a contratação de ginecologistas e cirurgiões e/ou de serviços com recursos específicos para ampliar acesso às laqueaduras, laqueaduras por videolaparoscopia e vasectomias, quando indicadas. AUMC	

Resoluções – Eixo II (cont.) - Inéditas

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
60	APSa	II, Inéditas, 5: Garantir para os diabéticos o acesso ao tratamento cirúrgico, para que estes deixem de ser dependentes de insulina e outros medicamentos, uma vez que tal procedimento promove a cura definitiva.
61	AUSB	II, Inéditas, 11: Garantia pública de acesso universal à água, à escova e ao creme dental fluoretados como insumos mínimos de cidadania e como estratégias imprescindíveis para a inclusão social de todos brasileiros nas práticas promocionais diárias de autocuidado bucal, independentemente de idade, ocupação, local de moradia e condição social.
62	AUIS	II, Inéditas, 22: Que o Ministério da Saúde e os conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde desenvolvam e executem políticas editoriais de informação nas três esferas do SUS, com divulgação ampla em todo o território nacional, para efetivar a disseminação e a distribuição de produtos informacionais com equidade de acesso, mediante investimentos em tecnologia e <i>software</i> para o Sistema Nacional de Informação em Saúde, Datasus, garantindo maiores recursos financeiros para implementação das ações de comunicação e informação em saúde, para que sejam efetivos instrumentos de auxílio às ações do SUS e às previstas pelo Pacto da Saúde, objetivando a melhoria da formação de recursos humanos, a conscientização de usuários, a racionalização do desenvolvimento de sistemas, a qualidade de acesso aos dados produzidos, além de estabelecer periodicidade ou agendamento durante o ano para realizar atualizações ou implantação de novas versões dos sistemas.
63	AUS	II, Inéditas, 34: Inserir na Programação Pactuada Integrada (PPI) e no Plano Diretor de Regionalização (PDR) a realização de regulações interestaduais e municipais, pelas centrais de regulação médica de urgência, considerando as especificidades geográficas regionais, implementadas conforme o Pacto pela Saúde, com rigoroso programa de investimento para ampliar o acesso e acabar com as lacunas assistenciais, garantindo universalização da saúde da família, assistência farmacêutica, Samu, CEO, Caps, além de acesso à atenção especializada e hospitalar.

Resoluções – Eixo II (cont.) - Inéditas

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
64	AUS	II, Inéditas, 71: Garantir cobertura de 100% dos recém-nascidos pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) em todas as suas fases (I, II e III), considerando a importância da triagem (teste do pezinho) para detectar diversas doenças (anemia falciforme, fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, entre outras) em recém-nascidos, garantindo-lhes acesso ao diagnóstico precoce, pois estes necessitam de tratamento logo nos primeiros meses de vida. Uma vez que tais doenças atingem um em cada 1000 nascidos vivos, o Ministério da Saúde deve implantar em todos os estados todas as fases de diagnóstico, com participação do controle social e integralidade da atenção.
65	AUS	II, Inéditas, 84: As três esferas de gestão do SUS, para garantir o acesso da população usuária às ações e aos serviços de saúde municipal, intermunicipal, micro e macrorregional e de referência estadual, deverá pactuar critérios e recursos para implantação de sistema de transporte sanitário público e gratuito para os usuários do SUS, articulando-o com as centrais de marcação de consultas e outros instrumentos de regulação municipal, regional ou estadual.
66	AUS	II, Inéditas, 87: Lutar pela construção ascendente e estratégica dos planos de saúde, com envolvimento e participação efetiva de servidores públicos e lideranças locais no processo de programação e avaliação do alcance de metas e garantir o modelo de atenção à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, baseado nas linhas de cuidado, com referência e contra-referência e com centrais de regulação; garantia de acesso a leitos hospitalares regionalizados, hospitais equipados e atenção multiprofissional, fortalecendo os órgãos controladores e reguladores de saúde e a valorização dos servidores e usuários.
67	AUSA	II, Inéditas, 111: Formulação e implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, definindo as diretrizes terapêuticas e os procedimentos técnico-administrativos para disponibilização de fórmulas infantis especiais, organização da rede de serviços e a responsabilidade de compartilhar das três esferas de governo na aquisição e garantia do acesso universal aos usuários de fórmulas infantis especiais.

Resoluções – Eixo II (cont.) - Inéditas

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
68	AUMed	II, Inéditas, 119: O governo federal deve decretar a quebra de patentes e investir na produção local de genéricos, como estratégia de ampliação de acesso e redução de preços de medicamentos, implementando políticas públicas, com base nas leis vigentes, que fortaleçam o acesso a medicamentos especiais e excepcionais, impedindo a comercialização da saúde.
69	AUMed	II, Inéditas, 124: Garantir a implantação da Hemobrás em 2008, para atender a população quanto ao acesso aos hemoderivados com garantia de melhor qualidade de vida, diminuindo o gasto com medicamentos adquiridos no exterior e aumento da oferta de produtos desenvolvidos na Hemobrás aos usuários do SUS.
70	APSa	II, Inéditas, 124: Garantir aos usuários do SUS o acesso aos tratamentos das deficiências visuais que não são realizadas no Brasil.

Resoluções – Eixo III (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
71	III, 13: Que os conselhos e as secretarias de saúde divulguem a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, viabilizando mecanismos de acesso a toda sociedade pelos vários meios de comunicação, contemplando as pessoas com deficiência visual. APSa	III, 9: Que os conselhos e as secretarias de saúde divulguem a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde, viabilizando mecanismos de acesso a toda sociedade pelos vários meios de comunicação, contemplando as pessoas com deficiência visual.
72	III, 33: Assegurar que os gestores em sua esfera correspondente garantam infra-estrutura necessária para a reorganização e o pleno funcionamento dos conselhos de saúde, dotando-os de espaço físico adequado, recursos orçamentários, equipamentos, veículo e pessoal, além de condições para criar e manter meios e instrumentos de comunicação que garantam à sociedade o acesso às informações sobre indicadores sociais de saúde, temas, questões, resoluções e outras atividades, objetivando a transparência e visibilidade de suas ações, em cumprimento à Lei n. 8142/90, melhorando o sistema nacional de apoio, suporte e avaliação dos conselhos para o efetivo controle social no SUS. AUIS	III, 33: Assegurar que os gestores em sua esfera correspondente garantam infra-estrutura necessária para a reorganização e o pleno funcionamento dos conselhos de saúde, dotando-os de espaço físico adequado, recursos orçamentários, equipamentos, veículo e pessoal, além de condições para criar e manter meios e instrumentos de comunicação que garantam à sociedade o acesso às informações sobre indicadores sociais de saúde, temas, questões, resoluções e outras atividades, objetivando a transparência e a visibilidade de suas ações, em cumprimento à Lei n. 8.142/90, melhorando o sistema nacional de apoio, suporte e avaliação dos conselhos para o efetivo controle social no SUS.

73	III, 64: Que o governo federal estruture política de informação e comunicação direcionada às comunidades rurais, assentamentos, ribeirinhos, acampamentos, quilombolas, indígenas, entre outras e que garanta o acesso às ações e serviços de saúde e demais políticas públicas. AGES	III, 64: Que o governo federal estruture política de informação e comunicação direcionada às comunidades rurais, aos assentamentos, aos ribeirinhos, aos acampamentos, aos quilombolas, aos indígenas, entre outras, e que garanta o acesso às ações e aos serviços de saúde e às demais políticas públicas.
----	--	--

Resoluções – Eixo III inéditas (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
74	AUIS	III, Inéditas, 54: Que os conselhos de saúde criem e mantenham instrumentos de comunicação que garantam à sociedade o acesso à informação sobre assuntos tratados pelos conselhos e suas resoluções, objetivando a transparência das suas ações e o fortalecimento do mandato dos conselheiros, adotando uma estratégia permanente para dar visibilidade à atuação dos conselhos, aproximando-os da população.

Moções (cont.)

N.	Relatório Consolidado	Relatório Final
01	AUS	M, 67: Apoio à inclusão do fisioterapeuta e do terapeuta na equipe da Estratégia Saúde da Família, reforçando as ações intersetoriais, promovendo o acesso das pessoas portadoras de necessidades especiais e idosas a estes serviços da atenção básica.
02	AUS	M, 93: Apoio ao cumprimento do Estatuto do Idoso. Direito à saúde – atenção integral à saúde dos idosos, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhes o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços, para a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

03	AGES	<p>M, 101: Apoio à inclusão da população em situação de rua no Sistema Único de Saúde. Diante da constatação da vulnerabilidade social vivida pela população em situação de rua e das dificuldades que ela enfrenta para sobreviver nos centros urbanos do país, reconhece-se que o acesso ao sistema de saúde configura-se como um dos principais desafios presentes na sua realidade. Entre os problemas encontrados, podemos citar: Procedimentos de atendimentos excludentes (exigência de documentação e comprovação de domicílio); exclusão da população em situação de rua da Estratégia de Saúde da Família; falta de reconhecimento da população na política de saúde mental, DST, HIV e saúde bucal; não-atendimento pelas equipes de urgência; falta de capacitação das equipes; falta de continuidade do tratamento; ausência das ações intersetoriais; processo de busca ineficaz/insuficiente dos moradores em situação de rua nos seus locais de fixação; falta de atendimento diferenciado que contemple as especificidades dessa população e falta de equipamento público de atendimento na pós-alta hospitalar do SUS. Tendo em vista essa situação, considera-se de suma importância e urgência garantir a inclusão destas pessoas no SUS, para que superem a situação de invisibilidade em que se encontram, e tornar efetivo um plano de ação em saúde específico.</p>
----	-------------	---

Categorização das resoluções relativas ao “acesso à saúde”

Famílias de Categorias	Siglas	Categorias de análise	Resoluções e moções aprovadas	Resoluções rejeitadas (Rel. Consolidado)
	ADA	Área de Difícil Acesso	I 17, I 45, I 114, II 28, II 36, II 123,	
	ADQS	Acesso de Dependentes Químicos e Soro-positivos à Saúde	I 174,	
Acesso de grupos específicos	AGES	Acesso de Grupos Específicos à Saúde	III 64, M 101,	
Acesso de grupos específicos	AGSa	Acesso de GLBTT a serviços de saúde	I 38, II 182,	
Acesso de grupos específicos	APCT	Acesso da População carcerária ao Trabalho	I 33,	
Acesso de grupos específicos	APIS	Acesso dos Profissionais à Informação sobre Saúde	I i 40, I 46, II 152,	
Acesso de grupos específicos	APISa	Acesso da População Indígena a serviços de saúde	I 49, I 56	
Acesso de grupos específicos	APNIS	Acesso da População Negra a Informações sobre a saúde	I 42,	
Acesso de grupos específicos	APNSa	Acesso da População Negra a serviços de saúde	I 44, I 46, I 49	
Acesso de grupos específicos	APPS	Acesso de Portadores de doenças ou deficiências a Políticas Saudáveis	I 70, I 72, II 181,	
Acesso de grupos específicos	APSa	Acesso de Portadores de doenças ou deficiências a serviços de Saúde	I 73, II 34, II 196, II i 5, II i 124, III 9,	
Acesso universal	AUCS	Acesso Universal de Criança e adolescente à Saúde	I 174,	
Acesso universal	AUIS	Acesso Universal à Informação sobre Saúde	I i 9, I i 72, II i 22, III 33, III i 54,	
Acesso universal	AUMC	Acesso Universal a Métodos Contraceptivos	I 100, II 174,	II 284,
Acesso universal	AUMed	Acesso Universal a Medicamentos	I 125, I i 4, I i 79, I I 86, II 202, II i 119, II i 124,	
Acesso universal	AUPIC	Acesso Universal a Práticas Integrativas e Complementares	I 140,	
Acesso universal	AUPIS	Acesso Universal da População Idosa à Saúde	I 171,	
Acesso universal	AUPS	Acesso Universal a Políticas saudáveis	I 15, I 22, I 31, I 32, I 74,	

Acesso universal	AUS	Acesso Universal à Saúde	II 1, II 27, II 54, II 189, II 193, II 201, II 233, II 236, II 238, II 240, II 241, II i 34, II i 71, II i 84, II i 87, M 67, M 93	
Acesso universal	AUSA	Acesso Universal à Segurança Alimentar	II 132, II i 111,	II 20,
Acesso universal	AUSB	Acesso Universal à Saúde Bucal	II 141, II 143, II 210,	
Acesso universal	AUSM	Acesso Universal à Saúde Mental	II 230,	
Acesso universal	AUSP	Acesso seguro a produtos (Vigil. Sanitária)	I 11,	

Anexo 6: Proposta de pesquisa do perfil dos delegados

FormSUS

Perfil dos Delegados da 13ª Conferência Nacional de Saúde Formulário | Resultado | Altera Ficha

Pesquisa entre os delegados da 13ª Conferência Nacional de Saúde

Esta pesquisa está disponível para preenchimento na Internet no link
http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=1389

*** Preenchimento Obrigatório**

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Procedência

1) Estado:

3) Categoria de Delegado:

- Delegado Estadual
 Delegado Nacional

4) Plenária Temática:

- 1 - Cidreira
 2 - Erva Doce
 3 - Alecrim
 4 - Manjerição
 5 - Hortelã
 6 - Alfavaca
 7 - Canela
 8 - Eucalipto
 9 - Camomila
 10 - Capim Santo

Dados Pessoais

5) Sexo:

- Masculino
 Feminino

6) Faixa Etária:

- Até 29 anos
 30 a 39
 40 a 49
 50 a 59
 60 ou mais

7) Escolaridade:

- 1º Grau incompleto
- 1º Grau completo
- 2º Grau incompleto
- 2º Grau completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo
- Pós Graduação

8) Ocupação:

- Empregado urbano - setor público
- Empregado urbano - setor privado
- Aposentado ou pensionista
- Sem remuneração
- Conta própria
- Empregador
- Empregado rural
- Pequeno proprietário Rural
- Sem terra
- Outra

10) Trabalha no SUS?

Se você marcar

- Sim
- Não

14) Como você acessa a Internet?

- Não tenho acesso à Internet
- Linha discada
- Banda Larga

15) E-mail para contato:

Atenção: Ao gravar aguarde a tela de confirmação. Somente se aparecer a mensagem de confirmação seus dados terão sido gravados.

[Clique aqui em caso de dúvidas relativas a este formulário.](#)

Página 1 de 1